

V.U.: Frieda Matthys | Vanderlindenstraat 15 | 1030 Brussel



SUÏCIDE

dossier | middelengebruik en suïcide



Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15 | 1030 Brussel | T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

SUÏCIDE

dossier | **middelengebruik en suïcide**


Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw

Vanderlindenstraat 15 | 1030 Brussel | T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Colofon

Auteur
Johan Rosiers, stafmedewerker VAD

Redactie
Inge Baeten, stafmedewerker VAD
Nadine Roose, stafmedewerker VAD

Layout en print cover
www.epo.be

Verantwoordelijke uitgever
Frieda Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
wettelijk depotnummer: D/2007/6030/04
© april 2007



DE DRUGLIJN
078-15-10-20



VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Inhoudstafel

Intro

(Preventie van) middelengebruik en suïcide geldt al enkele jaren als belangrijk thema binnen VAD. De meest recente blijk van deze interesse is de publicatie van het dossier Middelengebruik & Suïcide. Aan de hand van de resultaten van een uitgebreide literatuurstudie wordt de relaties tussen middelengebruik en suïcide toegelicht. De invloedsvariabelen in deze relatie kunnen in drie domeinen worden ingedeeld: persoonsgebonden, omgevingsgebonden en middelgerelateerde factoren.

Persoonsgebonden factoren zijn o.a. leeftijd, gender en psyche (met bijzondere aandacht voor depressieve stoornissen). Onder omgevingsgebonden factoren verstaan we o.a. socio-economische achtergrondfactoren en traumatische levenservaringen. Bij middelgerelateerde factoren worden o.a. de verbanden tussen problematisch middelengebruik en suïcide alsook de rol van de verschillende producten als middel tot het plegen van suïcide belicht. Tussen deze factoren onderling spelen zich bovendien beïnvloedende processen af.

Daarnaast worden in het dossier praktijkrelevante handvatten aangereikt voor preventie, vroegdetectie en therapeutische behandeling. Op het vlak van preventie kunnen informatiecampagnes, zowel naar de algemene bevolking als naar specifieke risicogroepen, worden opgezet. Er is ook nood aan preventiestrategieën voor de eerstelijnsgezondheids-zorg. Vroegdetectie sluit hier nauw bij aan. Zowel voor huisartspraktijken en als voor de alcohol- en drughulpverlening worden aandachtspunten geformuleerd en zijn referenties over screeningsinstrumenten opgenomen. Wat de behandeling in de verslavingszorg betreft, worden zowel pistes voor een farmacotherapeutische als voor een psychotherapeutische aanpak aangereikt. Een heel praktisch onderdeel is het Nederlandse protocol Suïcide in de verslavingszorg, dat integraal in het dossier wordt opgenomen. Tot slot wordt ook aan het preventieve belang van nazorg de nodige aandacht besteed.

1. Inleiding

Suïcide is wereldwijd een vaak voorkomende doodsoorzaak: in 2002 schatte de wereldgezondheidsorganisatie WHO het aantal overlijdens ten gevolge van suïcide op bijna 900.000 (WHO, 2003). De hoogste sterftegraad door suïcide is te vinden in de westerse wereld, met name in de VS en in Europa. Ook België heeft een hoge incidentie van suïcide: in 2000 stond België wereldwijd op de twaalfde plaats (Reyserhove et al., 2002). Het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid levert recente cijfers over suïcide als doodsoorzaak aan: in 2004 stierven 1.085 Vlamingen door suïcide. Bijna driekwart van hen was van het mannelijke geslacht. Naast deze sprekende cijfers over overlijdens door middel van suïcide moet nog rekening gehouden worden met het veelvuldig voorkomen van suïcidale pogingen en intenties. Alleen al in de Verenigde staten wordt het aantal ondernomen suïcidepogingen geschat op 765.000 per jaar (Tiet et al., 2006). In 1999 en 2000 bedroeg de incidentie van suïcidepogingen (person-based) respectievelijk 165 en 175 per 100.000 inwoners (Reyserhove et al., 2002). Dat komt dus neer op ongeveer 10.000 pogingen per jaar. Ander onderzoek van eigen bodem, met name in Belgische huisartsenpraktijken, toonde aan dat suïcidepogingen elf maal meer voorkomen bij vrouwen, terwijl voltooide suïcide drie maal meer bij mannen te situeren is (Van Casteren et al., 1993).

Suïcide is ook iets van alle leeftijden vanaf de adolescentie, wat duidelijk wordt aangetoond door onderstaande cijfergegevens van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid.

	mannen	**vrouwen**	**totaal**
10-14 jaar	1.09	1.71	1.39
15-19 jaar	15.94	1.79	9.02
20-24 jaar	23.89	7.69	15.93
25-29 jaar	26.14	7.24	16.80
30-34 jaar	27.91	9.34	18.72
35-39 jaar	32.32	12.30	22.47
40-44 jaar	37.71	15.61	26.82
45-49 jaar	32.94	14.49	23.86
50-54 jaar	39.47	18.12	28.97
55-59 jaar	34.25	12.31	23.37
60-64 jaar	31.83	13.83	22.70
65-69 jaar	26.62	14.43	20.27
70-74 jaar	37.03	9.01	21.75
75-79 jaar	38.54	11.60	22.90
80-84 jaar	49.50	15.86	28.45
85 jaar +	63.17	7.49	22.80
Totaal	**26.43**	**9.87**	**18.04**

Tabel 1: Leeftijdspecifieke overlijdens door suïcide, per 100.000 inwoners in het Vlaamse Gewest (2004)

In 2002 was suïcide bij vrouwen tussen 25 en 29 jaar de voornaamste doodsoorzaak, bij mannen was suïcide in dat jaar zelfs de voornaamste doodsoorzaak in de vier leeftijdscategorieën tussen 30 en 49 jaar.

Suïcide kent veel oorzaken en achtergronden. Eén van de invloedsfactoren die frequent met suïcide in verband worden gebracht is middelengebruik. Dat er verbanden zijn tussen suïcide en middelengebruik is al langer gekend. Een zoektocht in het PubMed-archief[1] toont aan dat vanaf de jaren '50 gepubliceerd werd over de link tussen beide fenomenen. Zo verschenen in de jaren '50 in verschillende Europese vaktijdschriften artikels over de rol van alcohol- en medicatiegebruik in suïcide. Over het verband tussen suïcide en illegale drugs als opiaten en cocaïne verschenen vanaf de jaren '60 en '70 steeds regelmatiger artikels.

[1] PubMed is een digitaal archief van de National Institutes of Health (NIH) en de National Library of Medicine (NLM). In PubMed zijn miljoenen titels en abstracts van gepubliceerde artikels uit (bio)medische vaktijdschriften gratis te raadplegen.

Maar er werd al veel eerder over het verband tussen middelengebruik en suïcide gepubliceerd. In het Belgische tijdschrift "Het Volksgeluk – Geïllustreerd Maandblad tegen Alcoolism" werd reeds aan het eind van de negentiende eeuw, in de toen gebruikelijke stijl, een zwaar belerende boom opgezet over de verwoestende gevolgen van alcoholgebruik. In het nummer van augustus 1891 wordt uitvoerig de pijnlijke dood van een Brusselse huisvader (omschreven als "de dronkaard") uit de doeken gedaan. Het verhaal vertelt met een overdosis dramatiek hoe de man in kwestie na een veel te hoog alcoholgebruik in éénzelfde dag twee suïcidepogingen ondernam en uiteindelijk in het ziekenhuis een uiterst pijnlijke dood stierf als gevolg van de combinatie alcohol-suïcide. De bij het verhaal horende illustratie is te bekijken in bijlage 1.
Een maand later, in september 1891, publiceert Het Volksgeluk het artikeltje "Het alcoolism en de zelfmoorden te Berlijn". Daarin valt te lezen:

> *De Minister van Rechtswezen in Pruisen heeft al de bestuurders der hospitalen van Berlijn verzocht hem hun oordeel te doen kennen over de oorzaken der zelfmoorden die op schrikbarende wijze in de hoofdstad toenemen. Van 1^{en} tot 15^{en} Juli waren er te Berlijn 147, nagenoeg tien per dag!*
> *Meestal de dienstoversten der hospitalen schrijven die zelfmoorden toe aan het aangroeiend misbruik van den schnaps of brandewijn uit aardappelen gemaakt, dien de Berlijners sedert eenigen tijd met hun bier hebben beginnen drinken.*

In de laatste decennia kon door de steeds grotere focus op het verband tussen middelengebruik en suïcide in zowel het wetenschappelijk onderzoek, de klinische praktijk, de preventie als het beleid, het beeld over de relatie tussen deze fenomenen verscherpt worden. Dat levert genoeg stof op om een dossier over suïcide en middelengebruik te vullen.

Dit dossier "Middelengebruik en suïcide" belicht vooral de driehoek (problematisch) middelengebruik – suïcide – andere invloedsfactoren. In hoofdstuk 2 worden talrijke bevindingen van de uitgebreide literatuurstudie gebundeld in grote subhoofdstukken:
- middelengerelateerde factoren;
- persoonsgerelateerde factoren;
- omgevingsgerelateerde factoren;
- de interactie tussen de drie factoren.

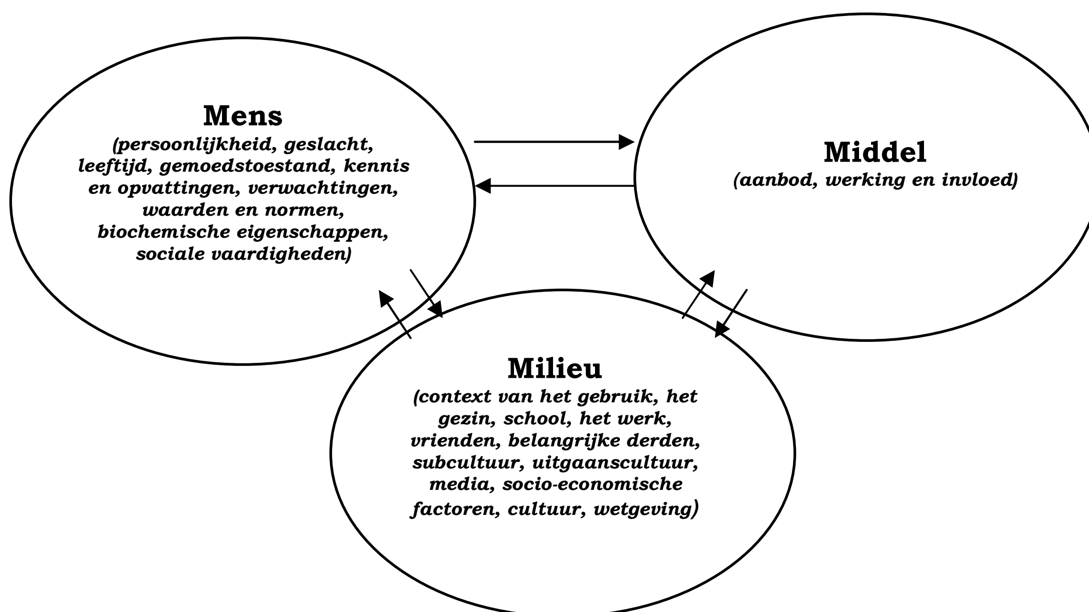
In hoofdstuk 3 worden praktijkrelevante handvatten aangereikt voor preventie, vroegdetectie, therapeutische behandeling en nazorg. Dit zowel aan de hand van algemene evidences als op basis van evidences uit het omgaan met suïcide in de behandeling van personen met problematisch middelengebruik.
In hoofdstuk 4 is de integrale tekst van de Nederlandse richtlijn "Suïcide in de Verslavingszorg" opgenomen.

In de literatuurzoektocht naar achtergronden, inzichten, verklaringen en praktijkgeoriënteerde suggesties hebben we ons vooral gebaseerd op referenties uit RCT-onderzoek en systematische reviews. Het resultaat van die zoektocht wordt vertaald in dit dossier. We hebben daarin niet de pretentie te mogen stellen dat het hier een volledig toepasbare methodiek betreft. Dat was ook niet de doelstelling. We hopen wel dat we de lezer meer inzicht geven in de complexe dynamieken die spelen in de relatie tussen suïcide en middelengebruik. We hopen ook enkele in de praktijk toepasbare handvatten aan te kunnen reiken in het omgaan met suïcidale patiënten met een gebruiksproblematiek. We hopen bovenal een antwoord te kunnen geven of op zijn minst toelichting te kunnen geven bij de meeste vragen.

Veel leesplezier!

2. De relaties tussen suïcide en middelengebruik doorgelicht

Een duik in de vakliteratuur leert al snel dat er tal van recente wetenschappelijk onderbouwde publicaties te vinden zijn over de relaties tussen suïcide en middelengebruik. Deze behandelen uiteenlopende bevindingen. Om een duidelijke boomstructuur te vinden voor het beschrijven van de gevonden resultaten, hanteren we een model dat al twee decennia lang een nuttig kader biedt voor het plaatsen van factoren die een invloed hebben op middelengebruik: Zinbergs model van mens, middel en mileu ("drugs, set and setting") (Zinberg, 1984). Zinberg bakent daarin relevante invloedsvariabelen uit drie domeinen af: persoonsgebonden, omgevingsgebonden en middelengerelateerde factoren (zie onderstaande figuur).



Dit theoretische model wordt al jaren in de alcohol- en drugsector gebruikt. De drie M's staan voor respectievelijk mens, middel en milieu. De multicausaliteit van de problematiek vormt bij dit model een heel belangrijk uitgangspunt. Middelengebruik of problematisch middelengebruik ontstaan niet enkel door kenmerken van de gebruiker. Ook de kenmerken van het gebruikte middel en van het milieu zijn van belang. Bovendien is de wisselwerking tussen die elementen van groot belang. De problematiek behelst niet alleen aspecten van de aparte componenten maar is vooral het resultaat van de wisselwerking tussen de componenten. Daarom is het ook aangewezen om in alcohol- en drugpreventie op (de wisselwerking tussen) deze drie componenten in te spelen.
Maar dit theoretische model is niet enkel geëigend voor het kaderen van invloedsfactoren. Het is ook hanteerbaar als interpretatiekader voor de instandhouding van middelengebruik en in de praktijk toepasbaar voor de behandeling van problematisch middelengebruik.

De bevindingen over de relatie tussen suïcide en middelengebruik worden dus ingedeeld in drie subhoofdstukken: persoongerelateerde factoren (mens), middelengerelateerde factoren (middel) en omgevingsgerelateerde factoren (milieu). Maar, zoals Zinbergs model aangeeft, is er tussen deze factoren ook interactie. Dat aspect wordt in een vierde subhoofdstuk beschreven.

2.1. Middelengerelateerde factoren

Alcohol, medicatie of illegale drugs kunnen als middel tot suïcide worden gebruikt. Maar het problematisch gebruik van alcohol, medicatie of illegale drugs kan ook aan de basis liggen van de suïcidale poging of daad. Elk middel heeft zijn specifieke eigenheid in relatie tot suïcide. In dit hoofdstuk wordt per middel gekeken naar de aard en specificiteit van de relatie. Maar eerst kijken we naar het algemene verband tussen suïcide en middelengebruik.

2.1.1. Relatie met middelengebruik (algemeen)

Tal van onderzoeken geven een positief verband aan tussen problematisch middelengebruik en suïciderisico. Zo toonde Fins onderzoek bij adolescenten aan dat de gebruiksfrequentie van zowel alcohol, illegale drugs als medicatie samenhangt met suïcidale gedachten: hoe hoger de gebruiksfrequentie, hoe vaker suïcidale gedachten opduiken (Torikka et al., 2002). Ander onderzoek bracht aan het licht dat personen bij wie in de hulpverlening problematisch middelengebruik werd gediagnosticeerd (ASI, DSM-III) een duidelijk hoger risico op zowel suïcidale gedachten als suïcidepogingen vertonen (O'Boyle & Brandon, 1998; Levy & Deykin, 1989).

Maar ook met voltooide suïcide is er een duidelijk verband. Zo werden middels literatuur-reviewing van 42 onderzoeken de verbanden tussen problematisch middelengebruik (substance use disorder of SUD) en voltooide suïcides bekeken. Dat gebeurde aan de hand van een specifieke statistische methodiek. Uit de resultaten bleek dat voor alle in het onderzoek onder de loep genomen middelen en gebruiksvormen (o.a. alcohol, opiaten, combigebruik) de kans op suïcide groter werd (Wilcox et al., 2004).Voorts blijkt uit een brede waaier aan onderzoeksgegevens dat tussen 13% en 70% van de adolescenten die suïcide pleegden ook problematisch middelengebruik vertoonden. Ondanks de grote variatiebreedte, onder andere te wijten aan verschillende meetmethoden, is er een duidelijke link tussen beide fenomenen vast te stellen (Kaminer, 1996). Maar ook in de volwassen populatie wordt dit bevestigd: verschillende onderzoeken tonen vrij consistent aan dat in meer dan de helft van de suïcidale daden sprake is van alcohol- en/of drugafhankelijkheid (Jennings et al., 1994; Miller & Gold, 1991). In een populatie van pathologische gokkers bleek middelenmisbruik de enige verklarende factor te zijn die het ondernemen van een suïcidale daad verklaart: gokkers met een voorgeschiedenis van problematisch middelengebruik, zowel alcohol als illegale drugs, hebben een meer dan zes keer zo groot risico op reeds ondernomen suïcidepogingen (Hodgins et al., 2006).

Data uit de gezondheidsindicatoren (Min. Vl. Gem., 2002) wijzen uit dat het gebruik van psychoactieve middelen in een aantal gevallen als doodsoorzaak aangetoond kan worden. 162 overlijdens waren te wijten aan psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van deze middelen. In welke mate suïcidehandelingen deze cijfers vorm geven, is niet vermeld. Wel onder de noemer 'suïcide' te plaatsen zijn de overlijdens ten gevolge van het zichzelf opzettelijk schade toebrengen. Een aantal subcategorieën linken dit met opzettelijke auto-intoxicatie met drugs, alcohol en andere psychoactieve middelen. Als we deze categorieën optellen, werden deze 120 keer als doodsoorzaak aangegeven.
Onderzoek naar de epidemiologie van zelfmoordpogingen in Groot Gent (van Heeringen & Reyserhove, 2002) toonde aan dat zelfvergiftiging, o.a. met medicatie en alcohol, met 86% van het totaal de meest voorkomende suïcidemethode is. In 64% van de zelfmoordpogingen werden barbituraten, sedatieven of hypnotica ingenomen. Bijna de helft van de suïcidepogers hanteerde meerdere methoden. Vooral alcohol in combinatie met een andere suïcidemethode komt frequent voor.

2.1.2. Alcohol

Alcohol als motor achter suïcide

Naast het algemene risicoverhogend aspect van middelengebruik worden er specifieke risico's gekoppeld aan de aparte middelen. Zo zijn er vrij veel onderzoeksgegevens beschikbaar die duidelijk een positief verband aantonen tussen problematisch alcoholgebruik en suïciderisico's. Uitgebreid literatuuronderzoek leverde als resultaat dat de kans op suïcide groter is bij personen met diagnoses voor problematisch alcoholgebruik (alcohol use disorder en heavy drinking) voordoet (Wilcox et al. 2004). Twee onafhankelijke onderzoeken op bevolkingsniveau over de link tussen alcoholconsumptie en suïcidegraad in Rusland tonen een duidelijk verband aan tussen de mate van alcoholconsumptie, gemeten in hoeveelheden verkochte alcohol, en het aantal zelfmoorden. Hoe hoger de verkochte hoeveelheid alcohol per jaar, hoe meer zelfmoorden per

jaar. Bij mannen is dit verband nog sterker aantoonbaar dan bij vrouwen (Nemtsov, 2003; Pridemore & Chamlin, 2006). Soortgelijk onderzoek in Canada levert vergelijkbare resultaten op: een stijging van het gemiddelde jaarlijkse alcoholgebruik per capita leidt tot een stijging van de suïcidegraad met 4%. Dit verband is sterker bij vrouwen terug te vinden dan bij mannen (Ramstedt, 2005). Interessant aansluitend gegeven: vergelijkende internationale onderzoeken hebben aangetoond dat het verband tussen alcoholconsumptie op bevolkingsniveau en het suïciderisico mede bepaald wordt door culturele factoren. Zelfmoord en alcohol zijn sterker gerelateerd in 'droge' drinkculturen: hoe hoger de alcoholconsumptie per capita, hoe zwakker het effect van alcohol op de zelfmoord (Norstrom, 1995; Ramstedt, 2001).

Ook persoonsgebonden onderzoeken tonen de relatie tussen alcoholconsumptie en suïcidale gedachten aan. Amerikaans onderzoek wees uit dat er een duidelijke relatie is tussen alcoholgebruik en suïcidale gedachten: hoe hoger de alcoholconsumptie, hoe hoger de prevalentie van suïcidale gedachten. Bij vrouwen geldt dat zowel voor gebruiksfrequentie als voor gebruikshoeveelheid (aantal alcoholische dranken per dag), bij mannen geldt dit enkel voor de gebruikshoeveelheid (Conner et al., 2003b). De ontwikkeling van alcoholmisbruik heeft een nefast effect op de levensloop van personen die suïcide pleegden. De negatieve gevolgen van alcoholmisbruik komen sterk tot uiting in de laatste maanden voor de suïcide (Pirkola et al., 2000). Grant en Hasin (1999) stellen dat alcoholafhankelijkheid zowel voor mannen als voor vrouwen een risicoverhogende factor voor suïcidale gedachten is. Brits onderzoek bij patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen stootte op een sterk verband tussen problematisch alcoholgebruik en een voorgeschiedenis van suïcidale daden of gedachten (McCloud et al., 2004). Onder patiënten die vanwege een afhankelijkheidsproblematiek naar een psychiatrische urgentiedienst zijn verwezen, kampt 24,3% met suïcidale gedachten (Garlow et al., 2003).

Het verband tussen problematisch alcoholgebruik en verhoogde suïciderisico's situeert zich sterker bij suïcidegedachten en -pogingen dan bij voltooide suïcide. (Waern, 2003; Ravndal & Vaglum, 1999; Rossow et al., 1999, Dinwiddie et al., 1990). Maar toch zijn er duidelijke verbanden gevonden tussen suïcide en alcoholgebruik. Zo wordt het verband tussen problematisch alcoholgebruik en suïcide ook gestaafd door het feit dat in overlijdens als gevolg van suïcide een hoog aandeel alcoholafhankelijken of probleemdrinkers zit. Verschillende onderzoeken, zowel in de VS als in Europese landen, komen uit op een aandeel tussen 15% en 41% (Kerkhof, 1995; Gruenewald et al., 1995; Hawton et al., 1989; Roy, 1993). Alcoholmisbruik is de sterkste invloedsfactor voor suïcidale daden, vooral in de vorm van binge drinking (De Leo & Evans, 2004). Het aandeel probleemdrinkers in de algemene bevolking ligt dus beduidend lager dan het aandeel probleemdrinkers in de 'suïcidepopulatie'. Onderzoek bij een specifieke groep, met name Amerikaanse oorlogsveteranen, kwam erop uit dat 63% van de patiënten van een medisch centrum voor veteranen de diagnose alcoholafhankelijkheid gesteld kregen (Kausch & McCormick, 2002). Ter vergelijking: voor België wordt berekend dat 6% van de bevolking van 15 jaar en ouder als probleemdrinker (WGO-norm) kan worden aanzien (Cattaert & Paccolet, 2001). In Nederland komt men op een iets hoger percentage: het aantal probleemdrinkers wordt op 9% geschat (Bongers, 1998).
Bekeken vanuit de populatie alcoholici, komt een onderzoek erop uit dat in 20% à 30% van de sterftegevallen suïcide de doodsoorzaak is (Jennings et al., 1994). Eén op vijf alcoholici in behandeling voor een alcoholproblematiek heeft al een suïcidepoging achter de rug (Roy, 1993).

Het mogelijke verband met beginleeftijd van alcoholgebruik werd meermaals onder de loep genomen. Amerikaans onderzoek concludeerde dat zowel een vroege startleeftijd als een hoger alcoholgebruik vaker tot suïcidepogingen leiden bij personen met een diagnose van alcoholafhankelijkheid (Preuss et al., 2002). Maar ander, longitudinaal onderzoek wees uit dat een jonge beginleeftijd geen invloed heeft op latere suïcidale gedragingen (Wilcox & Anthony, 2004). Mogelijk ligt het snel verzeilen in problematisch alcoholgebruik op jonge leeftijd eerder aan de basis voor het verhoogde risico op suïcide. Immers, zowel adolescente jongens als adolescente meisjes die reeds suïcidepogingen ondernamen, blijken gekenmerkt door een vroegere leeftijd waarop problematisch alcoholgebruik (alcohol use disorder) zich voordoet (Kelly et al., 2004).

Alcohol als middel voor suïcide

Alcohol kan, gezien de specifieke eigenschappen, moeilijk gebruikt worden als een methode voor de suïcidale daad. Maar bij suïcide en suïcidale pogingen is alcoholgebruik wel vaak in het spel. Zo bleek bij meer dan een derde van de patiënten die voor een suïcidepoging op de dienst spoedgevallen terechtkwamen, dat ze in de voorgaande zes uren alcohol gedronken hadden (Borges et al., 2004). Ander Amerikaans onderzoek gaf aan dat in 28,9% van de voltooide suïcidepogingen voorafgaand alcoholgebruik aantoonbaar was (Garlow, 2002). In Rusland kwamen onderzoekers zelfs op nog hogere prevalenties uit in een patiëntenpopulatie van een

psychiatrisch ziekenhuis. 45% van de patiënten met depressieve stoornissen die eerder een suïcidepoging ondernamen, waren geïntoxiceerd met alcohol op het moment van de suïcidale poging (Korchagina et al., 2003). Bij pathologische gokkers bleek zelfs iets meer dan de helft een suïcidale poging te hebben ondernomen terwijl ze alcohol dronken (Hodgins et al., 2006).

Bij adolescenten werd alcoholgebruik vrij vaak vastgesteld op het moment van de zelfdoding (Bukstein, 1995). Ander onderzoek kwam er op uit dat bij jongeren tussen 12 en 18 jaar die een suïcidepoging ondernamen, 7% dit probeerde te doen onder invloed van alcohol en/of drugs (Spirito et al., 2003). Maar dat gegeven blijft niet tot adolescenten beperkt. In een onderzoek bij patiënten die een zelfmoordpoging ondernamen (alcoholici en niet-alcoholici), maakte in meer dan een kwart van de gevallen het gebruik van alcohol deel uit van de zelfmoordpoging. Dit kwam frequenter voor bij mannen, vooral in de leeftijdsgroep van 36-50 jaar, en bij alcoholici (Hawton et al.,1989). In datzelfde onderzoek had 40,8% van alle patiënten alcohol gedronken in de periode van 6 uur voorafgaand aan de zelfmoordpoging. Mannen bleken dit significant meer te doen (53,4%) dan vrouwen (33,4%) en bij beide seksen komt dit vooral in de leeftijdsgroep van 26-35 en 36-50 jaar voor.

2.1.3. Farmaca

Relatie farmaca-suïcide: minder eenduidig

Over de relatie tussen het gebruik van farmaca en suïciderisico zijn minder aanwijzingen te vinden. Bukstein (1995) stelde dat farmaca vaak gebruikt worden als methode om zelfmoord te plegen. Dat wordt bevestigd in Belgisch onderzoek, waarbij huisartsen aangeven dat medicinale overdosis (vnl. van benzodiazepines) een vaak gebruikte suïcidemethode is (Van Casteren et al., 1993). Belgische huisartsen die als eerste hulpverlener bij zelfmoordpogingen aanwezig waren, gaven aan dat maar liefst 71% van de suïcidale pogingen gebeurde via de methode van medicinale overdosis met benzodiazepines. Amerikaans onderzoek gaf aan dat er bij vrouwen een positief verband vast te stellen is tussen het gebruik van medicatie zonder medische indicatie en suïcidale gedachten. Hoe frequenter dit gebruik, hoe groter de kans op suïcidale gedachten (Grant & Hasin, 1999).

Over de rol van benzo's bij suïcide bij druggebruikers, werden enkele bevindingen gevonden. In Australisch onderzoek bij patiënten die een behandeling van hun heroïneverslaving vragen, werd vastgesteld dat het gebruik van benzo's een belangrijke invloedsfactor is op recente suïcidepogingen (Darke et al., 2004). Neale (2000) stelt de invloed van benzo's in een specifiek daglicht. Zij onderzocht de gehanteerde suïcidemiddelen bij druggebruikers die reeds één of meerdere suïcidepogingen hadden ondernomen. Alhoewel temazepam (bv. Normison®, Normitab®[2]) en diazepam (bv. Valium®, Diazepam®) bij de vaakst gebruikte producten voor suïcide hoorden, bleek er geen verband tussen intentionele overdosis en het gebruik van deze benzodiazepines. Mogelijk maken zij eerder deel uit van een cocktail van middelen bij accidentele suïcides. Amerikaans onderzoek bij patiënten die een detox-behandeling volgden, toonde aan dat frequent gebruik van benzodiazepines en sedatieven een risicoverhogend aspect is voor suïcidale gedachten en pogingen, zowel tijdens de detoxfase als in de twee daaropvolgende jaren.Toch bleek dat niet de bepalende factor te zijn. Multivariate analyse bracht aan het licht dat een voorgeschiedenis van suïcidale gedachten dé risicoverhogende factor is en niet het gebruik van benzo's of andere middelen (Wines et al., 2004).

2.1.4. Illegale drugs

Illegale drugs en suïcide

Er is een verband aantoonbaar tussen problematisch druggebruik en suïciderisico. Noors onderzoek in de drughulpverlening toont aan dat 38% van de cliënten met drugafhankelijkheid minstens één suïcidale poging ondernam (Rossow & Lauritzen, 2001). Cannabis, cocaïne en opiaten zijn de drie product(groep)en waarvoor de relatie met suïcide het vaakst en meest eenduidig werd aangetoond.

Longitudinaal onderzoek bij jongeren en jongvolwassenen toont het verband aan tussen de gebruiksfrequentie van cannabis en suïcidale gedachten. Dit verband is sterker bij adolescenten dan bij jongvolwassenen (Ferguson et al., 2002). Bij vrouwen verhoogt een jonge beginleeftijd van cannabisgebruik de kans op suïcidale gedachten en suïcidepogingen (Wilcox & Anthony, 2004). Bij mannen is er een negatief verband te vinden tussen enerzijds gebruik en afhankelijkheid van

[2] Deze merken zijn niet in België verkrijgbaar.

cannabis en anderzijds het aantal ondernomen suïcidepogingen: hoe meer er sprake is van cannabisgebruik of –afhankelijkheid, hoe minder suïcidepogingen (Friedman et al., 2004). Voorts wijzen nog twee onafhankelijke onderzoeken in de VS op het risicoverhogend aspect van problematisch cannabisgebruik op suïcide (Trammel et al., 1998; Beautrais et al., 1999). Laatstgenoemde auteurs voegen er wel aan toe dat dit deels verklaard wordt door de interactie met comorbiditeitsdiagnoses (waarover verder meer). De Leo en Evans (2004) stellen dat chronische cannabisgebruikers een vier maal zo hoog risico op suïcide kennen.
Zowel gebruik als afhankelijkheid van cocaïne blijken positief gecorreleerd te zijn met het aantal ondernomen suïcidepogingen en dit zowel bij mannen als bij vrouwen (Friedman et al., 2004). Ander onderzoek kwam tot de vaststelling dat 43,7% van de patiënten die met een cocaïneafhankelijkheid naar de urgentiediensten van psychiatrische ziekenhuizen werden verwezen, suïcidale gedachten bleken te hebben (Garlow et al., 2003). Ook Roy (2001) kwam in zijn onderzoek bij patiënten uit een behandelingsprogramma voor drugverslaafden tot de conclusie dat suïcidaal gedrag frequenter voorkomt bij patiënten die cocaïne gebruiken dan bij patiënten die geen cocaïne gebruiken. Cottler et al. (2005) stelden in een hulpverleningsprogramma vast dat mannelijke cliënten met suïcidale gedachten merkelijk vaker te kampen hebben met problematisch cocaïnegebruik (i.c. misbruik en afhankelijkheid) dan mannelijke cliënten die geen suïcidale gedachten kenden. Onderzoek bij adolescenten wees uit dat cocaïnegebruik in één op vijf suïcides de daad vooraf ging, waarbij als onderliggende factor zowel op depressie en persoonlijkheidsstoornissen ten gevolge van cocaïnegebruik als op neurochemische veranderingen in het brein ten gevolge van cocaïnegebruik wordt gewezen (Marzuk et al., 1992).
Evidenties over het risicoverhogende aspect van het gebruik van opiaten zijn vooral in Australië te vinden. In een groep heroïnegebruikers die in Australië in behandeling is, had 17% in het voorgaande jaar een suïcidepoging ondernomen (Mills et al., 2004). Uit ander Australisch onderzoek bleek dat van 615 patiënten die zich aanmeldden voor een behandeling van hun heroïneverslaving er 34% al minstens één suïcidepoging achter de rug had. 13% had in de voorgaande maand een suïcidepoging ondernomen, 5% zelfs in de voorgaande week (Darke et al., 2004). Een literatuurreview van Darke en Ross (2002) wees uit dat de kans dat heroïnegebruikers suïcide plegen 14 keer hoger ligt dan bij hun niet-gebruikende peers. Deze bevindingen sluiten aan bij die van een andere uitgebreide literatuurreview. Ook daar werd bevestiging gevonden voor de relatie tussen (intraveneus) opiaatgebruik en verhoogde kans op suïcide: de kans op suïcide is ongeveer 14 keer groter bij personen met opiaatgebruik (Wilcox et al., 2004).

Illegale drugs als middel tot suïcide
Illegaaldruggebruik wordt ook als suïcidemiddel beschreven. Het betreft dan bewuste suïcide door middel van overdosis, niet accidentele overdosis. Bukstein (1995) komt tot de bevinding dat drugs een vaak gebruikt suïcidemiddel zijn. Heroïne wordt door enkele onderzoekers aanzien als het middel bij uitstek om suïcide te plegen door intentionele overdosis. Meestal gebeurt dit in een later stadium in de gebruikscarrière (Ravndal & Vaglum, 1999; Neale, 2000). Maar ook het aan de suïcidale daad voorafgaande gebruik van cocaïne wordt beschreven. Bij een groep mensen die door suïcide overleden, werd bekeken of er in de uren voor de dood cocaïne werd gebruikt. Bij 10% werd voorafgaand cocaïnegebruik vastgesteld. In bijna alle gevallen waar dit zo was, ging het om mannen (Garlow, 2002). Russische onderzoekers vonden dat bijna één op tien patiënten met depressieve stoornissen die reeds een suïcidepoging ondernamen, onder de invloed waren van illegale drugs op het moment van de suïcidepoging (Korchagina et al., 2003). Bij beide laatste referenties is het wel niet duidelijk of het middelengebruik als middel diende om suïcide te plegen.

2.1.5. POLY- EN COMBIGEBRUIK

Onder polygebruik verstaan we het gebruik van meerdere psychoactieve middelen binnen een bepaalde tijdsspanne, maar niet op dezelfde gelegenheid. Onder combigebruik verstaan we het gebruik van meerdere psychoactieve middelen tegelijk.
Een aantal studies koppelt een verhoogd suïciderisico expliciet aan poly- en combigebruik. Zo vond de literatuurreview van Wilcox et al. (2004) bevestiging voor de relatie tussen combigebruik en suïcide: de kans op suïcide is 17 keer groter bij personen met combigebruik. Vooral het risicoverhogend effect van gecombineerd gebruik met alcohol wordt belicht. Bij personen met een diagnose voor alcoholafhankelijkheid blijkt dat een bijkomende afhankelijkheid van een andere drug (cocaïne, amfetamines, sedatieven, opioïden) een risicoverhogende factor voor suïcide-

pogingen is (Preuss et al., 2002). 38% van de patiënten die met afhankelijkheid voor zowel alcohol als cocaïne op urgentiediensten van psychiatrische ziekenhuizen terecht kwamen, bleken suïcidale gedachten te hebben (Garlow et al., 2003). Hierbij aansluitend kwamen Cornelius et al. (1998) tot de vaststelling dat suïcidale gedachten en pogingen sterker voorkomen bij cocaïnegebruikende dan bij niet-cocaïnegebruikende alcoholafhankelijken.
Voor poly-/combigebruik met heroïne en met cannabis werd telkens één aanwijzing gevonden. Bij personen met problematisch cannabisgebruik wordt het verhoogd risico op het plegen van 'ernstige' suïcidepogingen deels verklaard door het co-gebruik van andere, vooral illegale, middelen (Beautrais et al., 1999). Bij personen met heroïneafhankelijkheid verhoogt de mate van polygebruik tevens de kans op recent ondernomen suïcidepogingen (Darke et al., 2004).

2.2. Persoonsgerelateerde factoren

Het staat buiten kijf dat bij (problematisch) middelengebruik persoonsgerelateerde factoren een belangrijke rol spelen. Deze persoonsgebonden aspecten blijken een vrij sterke invloed te (kunnen) spelen op de relatie tussen suïcide en middelengebruik. In dit hoofdstuk wordt de plaats van leeftijd, gender, psychiatrische problemen en het zelfbeeld belicht.

2.2.1. LEEFTIJD

Als we er de wetenschappelijke literatuur op naslaan, blijken er bij personen met problematisch middelengebruik twee leeftijdsgroepen te zijn die een hogere suïcide-incidentie vertonen. Jongeren, pakweg tussen 15 en 24 jaar, met problematisch alcohol- en/of druggebruik vertonen een verhoogd risico op het plegen van suïcide (Ramstedt, 2001; Rossow, 1994; Kaminer, 1996; Miller & Gold, 1991). Ook in de oudere leeftijdsgroep met zulk probleemgebruik -volgens de één boven de 40 jaar (Kerkhof, 1995), volgens anderen boven de 55 à 60 jaar (Rossow, 1994; Roy, 1993)- komt voltooide suïcide veel vaker voor.

De ontwikkeling van alcoholafhankelijkheid blijkt een rol te spelen in de relatie tussen leeftijd en suïcide. De relatie tussen alcoholafhankelijkheid en suïcidepogingen wordt sterker naarmate de leeftijd hoger ligt. Bij personen met een alcoholafhankelijkheid geldt: hoe hoger de leeftijd, hoe vaker voltooide suïcidepogingen voorkomen. (Conner et al., 2003a; Conner et al., 2003b). Zweeds onderzoek toonde aan dat 35% van de mannen boven 65 jaar die zelfmoord pleegden alcoholafhankelijk bleken te zijn, terwijl dit aandeel bij mannen uit die leeftijdsgroep die geen suïcidaal overlijden kenden rond 2% lag. (Waern, 2003). Toch blijken personen met alcoholafhankelijkheid die reeds een suïcidepoging hadden ondernomen, jonger te zijn dan personen met een alcoholafhankelijkheid die dit nog niet hadden gedaan (Preuss et al., 2003). Allicht speelt het ontwikkelingsproces van alcoholafhankelijkheid en daarmee verbonden levens- en persoonsgerelateerde aspecten een bepalende rol.
In dat licht is het basiswerk 'suicide and alcoholism' van Murphy (1992) verhelderend. Murphy onderzocht leeftijdsverschillen in suïcide bij alcoholici, meer bepaald de leeftijd waarop alcoholisme kan worden vastgesteld. Hieruit blijkt dat mannen met een vroege alcoholisme-diagnose (voor 25 jaar) een meer chaotisch leven leiden. Vechtpartijen, arrestaties, scheidingen en suïcidepogingen komen vaker voor. Die personen worden als type 2-alcoholici benoemd. De groep bij wie de alcoholismediagnose tussen 25 en 44 jaar wordt gesteld, kent deze chaotische levenssituaties veel minder, maar kampt sterker met angstgevoelens (de zgn. type 1-alcoholici). Toch kunnen deze kenmerken niet als sterk bepalende factoren voor suïcide aangetoond worden. De auteur wijst erop dat het de negatieve gevolgen van alcoholisme zijn die sterker de kans tot suïcide verhogen. Bij de oudere leeftijdsgroep, met alcoholismediagnose na 45 jaar, is de korte opeenvolging tussen diagnose en leeftijd bij overlijden opvallend (gemiddeld 4 jaar). Comborbiditeit met affectieve stoornissen en depressies lijkt hierin sterker te spelen.
De enige bevinding over leeftijd en middelengebruik waarin alcohol niet de hoofdrol opeist, is die van Darke et al. (2004): in een populatie uit de hulpverlening met een concrete hulpvraag voor hun heroïne-afhankelijkheid blijken recente suïcidepogingen vaker voor te komen op jongere leeftijd.

Adolescentie
De adolescentie wordt sterk bepaald door de puberale ontwikkeling van een persoon. Deze periode van fysieke en psychische transitie wordt vaker gekenmerkt door onvoorspelbare gedragingen en conflictueuze interpersoonlijke relaties. Dat kan tot frustratie en onzekerheid leiden. Al deze aspecten kunnen een impact hebben op de relatie suïcide-middelengebruik.

Ruim 10 jaar geleden toonden twee vooraanstaande onderzoekers dit al uitvoerig aan. Bukstein (1995) kwam tot de bevinding dat de kans op suïcide bij adolescenten verhoogd wordt door o.a. sociaal verlies, een deuk in het zelfvertrouwen, omgevingsstress en gezinsproblemen. Kaminer (1996) toonde aan dat suïcidaal gedrag bij adolescenten vaak vlak na een acute crisis zoals interpersoonlijke conflicten, terechtwijzing, afwijzing, seksuele aanranding of verlies van een vriend plaatsvindt. Om de gevoelens van schaamte, frustratie of vernedering te ontvluchten, grijpen sommigen in deze situaties naar zelfmedicatie, wat de verleiding kan doen ontstaan om deze middelen te gebruiken voor suïcidale doeleinden.
Twee Europese onderzoeken belichtten de impact van verstoorde gezinsrelaties bij adolescenten op de relatie suïcide-middelengebruik. Pirkola et al. (1999) komen tot de vaststelling dat verstoorde gezinsrelaties vaker voorkomen bij adolescenten met alcoholmisbruik die suïcide pleegden. Toros et al. (2004) stelden dat bij tieners een conflictueuze relatie met de ouders een goede predictor blijkt te zijn voor suïcidepogingen.
Recent onderzoek bevestigt de risicoverhogende impact van negatieve ervaringen uit de kinder- en jongerentijd op suïcide bij personen met problematisch middelengebruik: een gevoel van ouderlijke afwijzing, intrafamiliaal geweld, gebrekkige gezinscommunicatie, misbruik van emotionele, fysieke of seksuele aard, zwakke cohesie binnen een gezin, ouderlijke scheiding, … al deze negatieve ervaringen verhogen het risico op suïcide bij adolescenten en volwassenen met problematisch gebruik (Anda et al., 2002; Wilsnack et al., 2004).
Ook de moeilijke zoektocht naar een nieuwe jongerenidentiteit blijkt bij sommigen parten te spelen. Tieners bij wie middelengebruik een middel is om zich in een tienercultuur in te passen en om zich te differentiëren van hun ouders, blijken een substantieel hogere kans op suïcidepogingen te hebben (Bolognini et al., 2003).

Tot slot nog een hypothetische overweging. Kaminers onderzoek in de VS gaf aan dat er bij ongeveer de helft van de dodelijke verkeersongelukken met jongeren achter het stuur sprake was van een geïntoxiceerde bestuurder[3]. Men kan zich afvragen in hoeveel gevallen daarvan sprake is van verborgen suïcide, zeker bij de ongelukken zonder betrokkenheid van andere voertuigen (Kaminer, 1996).

2.2.2. Gender

Genderaspecten hebben eveneens een impact op de relatie tussen suïcide en middelengebruik. Een grootschalig Amerikaans onderzoek bracht aan het licht dat suïcidale gedachten en suïcidale pogingen merkelijk meer voorkomen bij vrouwelijke druggebruikers met een justitieel verleden dan bij mannelijke druggebruikers met een justitieel verleden (Cottler et al., 2005). Noors longitudinaal onderzoek van Rossow et al. (2005) toont aan dat bij vrouwen een toenemend middelengebruik (zowel alcohol als illegale drugs) in de puberale en adolescentiefase de prevalentie van suïcidepogingen doet toenemen. Bij mannen is dit verband niet aantoonbaar.
De impact van gendergerelateerde aspecten hangt ook af van het gehanteerde middel. In die zin zullen we vervolgens de genderaspecten bekijken per productgroep (alcohol, illegale drugs en medicatie).

Wat alcohol betreft, wordt reeds lang en meermaals geconstateerd dat bij problematisch alcoholgebruik de kans op suïcide wezenlijk groter is bij mannen. Bijna 20 jaar geleden kwamen Hawton et al. (1989) er al op uit dat mannen drie keer meer suïcidepogingen ondernemen dan vrouwen indien er sprake is van problematisch alcoholgebruik. Dat cijfer is dan nog een voorzichtige ratio-inschatting. Andere studies die aantoonden dat bij problematisch alcoholgebruik mannen meer dan vrouwen betrokken zijn bij voltooide suïcides kwamen uit op hogere genderratio's. De aangegeven verhoudingen gaan van 2:1 tot 10:1, of anders gezegd: suïcide bij problematische alcoholgebruikers komt bij mannen twee tot tien keer zo vaak voor als bij vrouwen (Roy & Linnoila, 1986; Roy, 1993). Laatstgenoemde auteur wijst er wel op dat, als je rekening houdt met de reële genderverhoudingen inzake problematisch alcoholgebruik, er eigenlijk geen verschillen zijn. In dat licht bekeken, is volgende referentie interessant: Canadees onderzoek wees uit dat bij vrouwen het verband tussen alcoholgebruik, gemeten in officiële verkoopscijfers van alcoholische dranken per provincie, en suïcide sterker speelt dan bij mannen (Ramstedt, 2005). In de relatie (problematisch) alcoholgebruik-suïcide lijken de genderratio's dus gekoppeld aan de ratio's van problematisch alcoholgebruik en niet per se aan alcoholconsumptie.

[3] Ter informatie: in de VS mogen jongeren al vanaf hun zestiende levensjaar een auto besturen.

Wat illegale drugs betreft, werden geen eenduidige bevindingen over genderverschillen bij problematisch druggebruik gevonden. Jennings et al. (1994) geven een drie maal zo hoog risico voor mannen aan. Friedman et al. (2004) volgen dit ten dele: voor cocaïne wordt zowel bij mannen als bij vrouwen een verband vastgesteld tussen afhankelijkheid van cocaïne en het aantal suïcidepogingen, maar enkel bij mannen -en dus niet bij vrouwen- werd een positieve correlatie vastgesteld tussen afhankelijkheid van andere illegale drugs en het aantal suïcidepogingen. Die eerste bevinding wordt aangevuld door Conner et al. (2003a): bij patiënten met cocaïneafhankelijkheid bleek suïcide beduidend meer voor te komen bij vrouwen dan bij mannen. Ook andere onderzoeken komen uit op een sterker voorkomen van suïcide bij vrouwen die voor hun problematisch druggebruik in de drughulpverlening terechtkomen (Rossow, 1994, O'Boyle & Brandon, 1998, Ravndal & Vaglum, 1999). Darke et al. (2004) stelden vast dat bij patiënten die zich aanmelden voor de behandeling van hun heroïneverslaving er proportioneel meer vrouwen dan mannen zijn die suïcidepogingen hebben ondernomen (44% vs. 28%). Dit geldt ook voor recente suïcidepogingen, tijdens de voorafgaande maand: 21% vs. 9%.

Wat medicatie betreft, werd één referentie gevonden. Amerikaans onderzoek kwam tot de vaststelling dat er bij vrouwen een positief verband is tussen het gebruik van medicatie zonder medische indicatie en suïcidale gedachten (Grant & Hasin, 1999).

Tot slot nog enkele bevindingen over de suïcidemethode en de "slaagkans" bij suïcide. Wat de suïcidemethode betreft, komt Neale (2000) tot het besluit dat er geen significant verband is tussen intentionele suïcide door overdosis (OD) en gender. Twee eerdere, van elkaar onafhankelijke onderzoeken komen daarentegen tot de bevinding dat vrouwen sterker kiezen voor overdosis als suïcidemethode (Roy & Linnoila, 1986; Marzuk et al., 1992).

2.2.3. PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN ALS COMORBIDITEITSFACTOR

Personen met een afhankelijkheid van alcohol of illegale drugs vertonen vaker een comorbide psychiatrische problematiek, wat op zich een versterkende risicofactor voor suïcide is (Caces & Harford, 1998). Deze relatie doet zich al op jonge leeftijd voor: Turks onderzoek toonde aan dat psychiatrische stoornissen een goede predictor zijn voor suïcidepogingen bij tieners (Toros et al., 2004).
Vooral stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, aandachtsstoornissen en gedragsstoornissen worden herhaaldelijk in verband gebracht met een hoger risico op suïcide bij problematische alcohol- of druggebruikers. Vooral het verband met stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen werd meermaals aangetoond. Bij personen met cannabismisbruik of -afhankelijkheid kan de relatie met stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheids-stoornissen (naast polydruggebruik) het groter risico op ernstige zelfmoordpogingen verklaren (Beautrais et al., 1999). Darke et al. (2004) kwamen tot de bevinding dat zowel zware depressies als borderline-persoonlijkheidsstoornissen risicoverhogend zijn bij recente suïcidepogingen in een groep heroïne-afhankelijken. Kausch en McCormick (2002) stelden bij oorlogsveteranen met problematisch middelengebruik vast dat stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen even frequent voorkwamen bij ondernomen suïcidepogingen. In 38% van de suïcidepogingen was er sprake van stemmingsstoornissen bij de pleger, bij eveneens 38% was er sprake van persoonlijkheidsstoornissen. Vreemd genoeg wordt er in deze studie niet over post-traumatische stressstoornissen (PTSD) gerept, een specifieke angststoornis die vaak voorkomt bij oorlogs-veteranen.

Aandachtsstoornissen, gedragsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen
Aandachtsstoornissen en gedragsstoornissen zijn klinische stoornissen die meestal reeds in de kindertijd of tijdens de adolescentiefase worden vastgesteld. Het mag dan ook niet verbazen dat het verband van deze stoornissen op de relatie middelengebruik-suïcide meestal bij jongeren onder de loep wordt genomen.
ADHD en ADHD-symptomen zijn enkele malen onderzocht. Kelly et al. (2004) stelden onder adolescenten die reeds suïcidepogingen ondernamen enkel bij jongens, en dus niet bij meisjes, een sterkere prevalentie van gedragsstoornissen vast. Bij adolescente jongens bleek ook het voorkomen van ADHD de kans op suïcidepogingen te verhogen, bij meisjes was dat niet het geval. Ongeremd, ongecontroleerd gedrag ("neurobehavior disinhibition") op 16-jarige leeftijd blijkt een predictor voor suïcidale neigingen bij jongeren tussen 16 jaar en 19 jaar (Tarter et al., 2004). Dougherty et al. (2004) kwamen, aan de hand van analyse van vier onafhankelijke studies, tot de conclusie dat zowel suïcidaal gedrag als middelenmisbruik gerelateerd zijn aan impulsiviteit.

Toch is de relatie met ADHD-symptomen niet steeds aantoonbaar. Mezzich et al. (1997) kwamen tot het besluit dat symptomen van "behavioral dysregulation", i.c. hyperactiviteit, impulsiviteit en aandachtsproblemen, wel leiden tot meer geweldpleging maar niet tot een verhoogde suïcidaliteit.
Anti-sociale gedrags- of persoonlijkheidsstoornissen blijken eveneens risicoverhogende factoren voor suïcidaal gedrag te zijn. Bij druggebruikers met suïcidale gedachten komen antisociale persoonlijkheidsstoornissen vaker voor dan bij gebruikers die geen suïcidale gedachten aangeven (Cottler et al., 2005). Een hogere mate van impulsiviteit en agressie komt algemeen vaker voor bij suïcidale gedragingen (Dumais et al., 2005) maar daarenboven verhogen deze uitingen van een antisociale persoonlijkheidsstoornis het risico op suïcidaliteit bij personen met alcoholafhankelijkheid (Sher, 2006).
Naast de in de inleiding van dit hoofdstuk aangehaalde onderzoeken die zowel de rol van stemmingsstoornissen als die van persoonlijkheidsstoornissen belichten, werden nog twee onderzoeken gevonden waarin enkel de relatie met persoonlijkheidsstoornissen wordt aangetoond. Hawton et al. (1997) kwamen tot de vaststelling dat bij problematische druggebruikers die (een) suïcidepoging(en) ondernamen vaker persoonlijkheidsstoornissen werden gediagnosticeerd dan in de algemene populatie die reeds (een) poging(en) tot zelfmoord achter de rug heeft. De onderzoekers concludeerden daaruit dat persoonlijkheidsstoornissen als een risicoverhogende factor voor suïcide kunnen worden beschouwd. Roy (2001) bestudeerde de invloed van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten met alcoholmisbruik en kwam tot de vaststelling dat persoonlijkheidsstoornissen en antisociaal gedrag vaker voorkomen bij adolescenten met alcoholmisbruik die suïcide pleegden.
Bij patiënten in een methadonprogramma verhoogt "conduct disorder" (CD) in de kindertijd het risico op suïcidepogingen aanzienlijk. In diezelfde populatie werd vastgesteld dat bij patiënten met gedragsstoornis CD, in vergelijking met patiënten zonder CD, de startleeftijd van heroïnegebruik 2 jaar lager ligt én er gemiddeld meer suïcidepogingen werden ondernomen (Darke et al., 2003).

Stemmingsstoornissen
Er werd bij druggebruikers een verband gevonden tussen intentionele overdosis en een voorgeschiedenis van geestelijke gezondheidsproblemen. De vaakst aangehaalde reden voor intentionele overdosis is het zich depressief en neerslachtig voelen (Neale, 2000). Stemmingsstoornissen blijken vaker voor te komen bij mensen met alcoholafhankelijkheid die een suïcidepoging ondernamen. Naarmate de leeftijd stijgt, wordt in deze groep de relatie tussen stemmingsstoornissen en suïcide sterker (Conner et al., 2003a). Maar ook bij jongeren is de risicoverhogende impact van stemmingsstoornissen al merkbaar. Kelly et al. (2004) toonden aan dat onder adolescenten die middelenmisbruik vertoonden en reeds suïcidepogingen ondernamen, stemmingsstoornissen meer voorkwamen dan bij peers die geen suïcidepogingen hadden ondernomen. Dit werd zowel bij jongens als bij meisjes vastgesteld. Voor Kaminer (1996) is middelenmisbruik gecombineerd met een stemmingsstoornis een grote risicofactor bij adolescenten.
Depressie blijkt de voornaamste risicofactor te zijn. Het is geweten dat depressie sowieso een risicofactor is voor suïcide en dat geldt evenzeer in de relatie tussen suïcide en middelengebruik. Het risico op suïcide is algemeen hoog bij psychiatrische patiënten, maar blijkt nog hoger te zijn bij psychiatrische patiënten die kampen met depressieve stoornissen en middelenmisbruik (Dhossche, 2003). In een patiëntenpopulatie met problematisch middelengebruik (SUD) vertonen patiënten met een depressie een hoger risico op suïcidepogingen. De ernst van de depressie correleert positief met de ernst van het voornemen om suïcide te plegen (Aharonovich et al., 2002). De aanwezigheid van misbruik en afhankelijkheid van zowel alcohol als illegale drugs verhoogt het risico op depressie bij personen met een zware depressie (Dumais et al., 2005).
Depressie wordt door verschillende onderzoekers omschreven als predictor of risicofactor voor suïcide bij personen die alcohol drinken (Demirbas et al., 2003; Grant & Hasin, 1999, Korchagina et al., 2003, Wilsnack et al., 2004). Maar ook bij illegaaldruggebruik is het een risicoverhogende factor. Zware depressies zijn een vaak voorkomende comorbiditeitsfactor bij cocaïne-afhankelijken die suïcide plegen (Roy, 2001). Bij druggebruikers die in aanraking kwamen met het justitieel apparaat hadden personen met suïcidale gedachten veel sterker te kampen met depressieve uitingen dan personen zonder suïcidale gedachten. Depressiecriteria blijken een veel sterkere predictor te zijn voor suïcidale gedachten dan andere psychiatrische stoornissen of dan alcoholmisbruik (Cottler et al., 2005).
Vraag is wat oorzaak of gevolg is. Preuss et al. (2002) kwamen tot de vaststelling dat psychiatrische stoornissen die aan het gebruik van middelen te wijten zouden (kunnen) zijn, zoals depressie, manie, paniekstoornissen en sociale fobie, vaker voorkomen bij

alcoholafhankelijken die reeds een suïcidepoging ondernamen dan bij alcoholafhankelijken die (nog) geen suïcidepoging ondernamen.

Serotonine als achterliggende oorzaak?

Een verstoorde serotoninewerking wordt in verband gebracht met zowel problematisch alcoholgebruik als met suïcidaal gedrag (Conner & Chiapella, 2004). Een aantal cognitieve kenmerken (zich een "loser" voelen bij tegenslag, geen uitweg zien bij problemen, hopeloos zijn) duiken steeds op in de ontwikkeling van suïcidale gedragingen. Deze kenmerken hebben een neurale basis: serotonine (5-HT_{1A} en 5-HT_{2A}), noradrenaline en dopamine zouden hierin een intermediaire rol spelen. 5-HT_{1A} en noradrenaline activeren het stresssysteem, 5-HT_{2A} en dopamine spelen o.a. een sturende rol in het aanpakken van problemen (van Heeringen & Marusic, 2003). Een verstoorde serotoninesynthese hangt ook samen met alcoholafhankelijkheid. De zogenaamde type 2-alcoholisten, gekenmerkt door impulsiviteit en antisociaal gedrag en vaak al voor hun 25e levensjaar afhankelijk aan alcohol, hebben een laag serotoninegehalte in de hersenen. Type 1-alcoholisten, die vaker te kampen hebben met angsten en vaak een stuk ouder zijn dan 25 jaar als de alcoholafhankelijkheid zich voordoet, kennen een verhoogde serotonineproductie (Arts, 2005).

In verschillende onderzoeken over de relatie tussen suïcide en middelengebruik komt de rol van het serotonineniveau naar voor. In de hersenen van alcoholici (postmortem) blijkt, in vergelijking met niet-alcoholici, een relatie te zijn tussen een verminderd serotonineniveau en suïcidepogingen (Roy & Linnoila, 1986; Roy, 1993). Chronisch alcoholgebruik leidt tot een tekort aan serotonine waardoor het een rol speelt in de neurobiologie van depressie. Ook bij chronisch cocaïnegebruik zou eenzelfde mechanisme spelen bij onder andere de neurotransmitters serotonine en dopamine (Miller & Gold, 1991). Bij patiënten uit psychiatrische instellingen bleek dat rokers 2,5 keer meer kans hadden op het ondernemen van een suïcidepoging en sterkere suïcidale gedachten hadden. Een lagere serotonergische functie bij rokers zou dit kunnen verklaren (Malone et al., 2003). Een lagere serotonine-activiteit leidt ook tot een verhoogde agressie en impulsiviteit, wat op zijn beurt de kans op suïcidaal gedrag verhoogt (Sher, 2006). Underwood et al. (2004) stellen dat hun neurobiologisch onderzoek geen doorslaggevend bewijs levert over een duale pathologie in suïcides waarin sprake is van alcoholafhankelijkheid. Er werden wel duidelijke aanwijzingen gevonden voor parallelle pathologieën betreffende serotonine- en noradrenalineregulering die, onafhankelijk van elkaar, verband hielden met suïcide en alcoholisme. Uit de vaststelling dat de gemiddelde overlijdensleeftijd lager is bij suïcide bij alcoholici dan enkel bij alcoholici of enkel bij suïcide leiden de auteurs volgende hypothese af. De gecombineerde pathologie van manifesteert zich in zelfdestructief en risicovol gedrag. De vroege dood die dit als gevolg heeft, vindt plaats vooraleer wijzigingen in de breinfunctie zichtbaar worden.

Eén Duits onderzoek bij een groep personen met alcoholafhankelijkheid gaf geen bevestiging van de hypothese dat het serotoninesysteem een invloed heeft op suïcidepogingen (Koller et al., 2005).

2.2.4. De impact van het zelfbeeld en de eigenwaarde

Drie referenties werden gevonden waarin de rol van het zelfbeeld in relatie tot suïcide wordt toegelicht. In een Amerikaanse studie bij patiënten die een behandeling voor hun problematisch alcohol- en of druggebruik volgden, werd na één jaar behandeling vastgesteld dat de kans op suïcidale gedachten merkelijk hoger ligt bij patiënten met een laag zelfbeeld (Wilke, 2004). Zuid-Afrikaans onderzoek kwam erop uit dat het zelfbeeld en de eigenwaarde belangrijke bepalende factoren zijn van zowel middelengebruik als van suïcidale gedragingen: hoe lager het zelfbeeld en de eigenwaarde, hoe meer kans op suïcidale gedragingen (Wilde et al., 2004). Turks onderzoek onder alcoholpatiënten in een behandelingsprogramma toonde aan dat een lage zelfwaardering een sterke predictor is voor suïcide (Demirbas et al., 2003).

2.3. Omgevingsgerelateerde factoren

Naast middelen- en persoonsgerelateerde factoren spelen ook omgevingsgerelateerde factoren een rol in de relatie tussen suïcide en middelengebruik. In dit hoofdstuk wordt de rol van socio-economische factoren, life events en gezinsfactoren onder de loep genomen.

2.3.1. SOCIO-ECONOMISCHE FACTOREN

Verschillende studies toonden aan dat socio-economische factoren een rol kunnen spelen in de relatie tussen suïcide en middelengebruik. Bij cannabismisbruikers/-afhankelijken, die een groter risico blijken te lopen op ernstige zelfmoordpogingen, kwamen negatieve socio-economische factoren sterker naar voor (Beautrais et al., 1999).

Inkomen en tewerkstelling

Inkomen en werkloosheid worden beide aanzien als mogelijke beïnvloedende variabelen voor suïcidale gedachten en handelingen (Makela, 1996). Bij personen met alcoholafhankelijkheid die een voltooide suïcidepoging ondernamen, blijken financiële problemen vaker voor te komen (Conner et al., 2003a). De financiële situatie hangt nauw samen met inkomen. Caces & Harford (1998) kwamen tot de vaststelling dat werkloosheid en inkomen significant gerelateerd zijn met zelfmoord. In ieder geval wordt een merkelijk hogere graad van alcoholisme gevonden bij werklozen dan bij werkenden en dit zowel bij mannen als bij vrouwen. Dat blijkt ook bij illegale drugs het geval te zijn. In vergelijking met andere personen die reeds (een) poging(en) tot zelfmoord achter de rug hebben, blijken ook de problematische druggebruikers vaker te kampen te hebben met werkloosheid (Hawton et al., 1997).
Scholing kan een achterliggende factor zijn voor de tewerkstelling en financiële situatie. Personen met een diagnose van alcoholafhankelijkheid die reeds een suïcidepoging ondernamen, kenden een lagere scholingsgraad en waren relatief minder full-time tewerkgesteld dan personen met een alcoholafhankelijkheid die geen suïcidepoging ondernamen (Preuss et al, 2002).

Huisvesting

Huisvestingsproblemen zouden als versterkende/achterliggende factoren (mee) aanleiding geven tot suïcide door een overdosis bij druggebruikers (Neale, 2000). Hawton et al. (1997) brengen een verhoogde kans op suïcide bij huisvestingsproblemen in verband met een zwakkere "psychosocial adjustment" wat zij kenmerkend zien voor problematische druggebruikers. Een significant verband tussen een intentionele overdosis en een situatie van thuisloosheid werd echter niet gevonden (Neale, 2000).

2.3.2. LIFE EVENTS

De verschillende deelaspecten die in de literatuur gevonden werden op het vlak van levensgebeurtenissen en levensstress, zijn hiernavolgend gebundeld weergegeven. Confrontatie met verlies staat hierin centraal. Als gevolg van vele (vaak ook verslavingsgerelateerde) verliezen, vinden mensen dikwijls niet veel meer dat voor hen nog waardevol is. De stap naar suïcide is dan voor wie hier moeilijk mee kan omgaan niet zo groot. Zowel bij druggebruikers als bij problematische alcoholgebruikers blijken problemen in de relatie- en gezinssfeer het risico op suïcidale gedachten en pogingen te verhogen. Zowel nadelige familieomstandigheden of traumatische ervaringen in de kindertijd, afwezigheid van de ouders, huwelijksproblemen als drugmisbruik door de ouders kunnen hierin beïnvloedende factoren zijn (Anda et al., 2002; Mezzich et al., 1997; Rossow & Lauritzen, 2001; Beautrais et al.,1999).

Relationele problemen

Bij suïcidale gedachten of bij het plegen van suïcidale daden blijken relationele problemen wel vaker in het spel te zijn. Zo stelden Conner et al. (2003) vast dat relationele problemen vaker voorkomen bij personen met alcoholafhankelijkheid die een geslaagde suïcidepoging ondernamen. Ook andere bevindingen liggen in dezelfde lijn. Twee afzonderlijke onderzoeken wezen uit dat een scheiding van de levenspartner het risico op suïcidepogingen bij personen met een alcoholafhankelijkheid verhoogt (Makela, 1996 ; Preuss et al., 2003). Personen met een alcoholafhankelijkheid die reeds een suïcidepoging ondernamen, waren vaker ongehuwd of hadden vaker te maken met een relatiebreuk of met een echtscheiding dan personen met een alcoholafhankelijkheid die geen suïcidepoging ondernamen (Preuss et al., 2002).

Eenzaamheid
Scheiding of relatieproblemen kunnen leiden tot eenzaamheid. Maar ook andere uitingen van eenzaamheid komen voor. Eenzaamheid blijkt bij problematisch alcoholgebruik een risicoverhogende factor voor suïcide te zijn, zowel als gevolg van een recent verlies van een dichte persoonlijke relatie (Roy, 1993) als in het geval van sociaal isolement, bijvoorbeeld in een periode volgend op een ontslag uit een behandelingscentrum (Nicholls et al., 1974). Vooral oudere problematische alcoholgebruikers zouden hierbij een groter risico lopen (Roy, 1993).

Justitiële problemen
Saxon et al. (1978) stellen expliciet dat factoren die aanleiding geven tot suïcide bij druggebruikers vergelijkbaar zijn met de algemene bevolking: huwelijks- en gezinsproblemen, depressie, zelfmedelijden, interpersoonlijke problemen, werkloosheid. Maar bij heroïnegebruikers kwam een voor deze groep specifiek, risicoverhogend probleemaspect aan het licht: problemen met justitie. Twintig jaar later gaven Hawton et al. (1997) hieraan verdere onderbouw door bij methadoncliënten onderzoeksmatig vast te stellen dat een crimineel verleden en opsluiting in de gevangenis een verhoogd risico op suïcide inhouden. Het betreft dan vaak bedekte suïcidale pogingen.
Anda et al. (2002) brachten nog een ander, indirect aspect van justitiële problemen aan het licht: personen van wie tijdens het opgroeien in het gezin een gezinslid in hechtenis zat, hebben een verhoogd risico op zowel alcoholafhankelijkheid als depressie, twee voorname risicofactoren voor suïcide.

Middelengebruik in het gezin
Middelengebruik in het gezin is op zich een complex risicoverhogend element voor het opgroeiend kind. Niet alleen verhoogt dit het risico op een minder goede socio-economische positie en op later problematisch middelengebruik bij het kind. Familiaal alcohol- en druggebruik in de kinder- en jongerentijd verhoogt ook de kans op suïcidale gedragingen op latere leeftijd (Mezzich et al., 1997).
Ouderlijk (problematisch) alcoholgebruik blijkt bij kinderen de risico's op suïcide te verhogen. Post-screeningsonderzoek in Finland toonde aan dat er bij 42% van de adolescenten die zelfmoord pleegden sprake was van alcoholmisbruik bij de gezinsleden (Pirkola et al., 1999). Twee onafhankelijke onderzoeken, in de VS en in Denemarken, toonden de risicoverhogende impact van problematisch alcoholgebruik bij de ouders (afhankelijkheid of misbruik) op suïcide bij diens kinderen aan. Dat geldt sterker bij problematisch alcoholgebruik bij de moeder (Christoffersen & Soothill, 2003; Wilsnack et al., 2004). Maar ook problematisch alcoholgebruik bij de vader is risicoverhogend. Amerikaans onderzoek op basis van het children-of-twins-design toonde aan dat alcoholafhankelijkheid bij de vader een duidelijk risicoverhogend effect heeft op suïcidepogingen van diens kinderen. Dit kan volgens de onderzoekers niet enkel door genetische factoren verklaard worden (Glowinski et al., 2004). Maar toch doet ook de nature-component een duit in het zakje. Preuss et al. (2002) toonden aan dat personen met een alcoholafhankelijkheid die reeds een suïcidepoging ondernamen, een veel grotere kans vertonen om een nauwe verwante te hebben die ook reeds suïcidepogingen achter de rug heeft.
Of de bevindingen over de risicoverhogende invloed van problematisch alcoholgebruik bij de ouders kan worden uitgebreid naar problematisch gebruik van illegale drugs is moeilijk uit te maken op basis van de schaarse referenties die daarover gevonden werden. Tarter et al. (2004) vonden alleszins geen verband tussen misbruik bij de moeder en suïcidale neigingen bij de zoon. Mogelijk is dit te wijten aan de geringere risicofactor die moederlijk drugmisbruik inhoudt. Anda et al. (2002) stelden vast dat drugmisbruik bij de vader veel sterker risicoverhogend is voor alcoholisme en depressie dan drugmisbruik bij de moeder.

2.4. De interactie tussen de drie factoren

In de vorige hoofdstukken werden drie factoren belicht:
- middelengerelateerde factoren;
- omgevingsgerelateerde factoren;
- persoonsgerelateerde factoren.

Tussen deze factoren is er interactie die een impact kan hebben op suïcide. Dit kwam reeds fragmentair tot uiting in eerder beschreven referenties. Hier willen we even nader stilstaan bij deze wisselwerking.
In vergelijking met personen zonder alcoholafhankelijkheid geldt voor personen met alcoholafhankelijkheid veel sterker dat, naarmate er zich meer (combinaties van) omgevings- of persoonsgerelateerde risicofactoren voordoen, zoals problemen op het werk, financiële

problemen, problemen met justitie, depressie, gebrekkig sociaal netwerk of werkloosheid, de kans op suïcide groter is (Roy, 1993). Dit cumulatief versterkend effect van de aanwezigheid van meerdere risicofactoren werd ook reeds in het onderzoek van Murphy (1992) gevonden, die vanuit deze bevinding adviseerde dat iedere huisarts op regelmatige tijdstippen de aanwezigheid van deze risicofactoren en de graad waarin deze factoren meespelen, zou moeten onderzoeken.
Recent kwamen Davis et al. (2006) tot de conclusie dat depressieve patiënten met problematisch middelengebruik (substance use disorder) duidelijk vaker gekenmerkt zijn door een hoger suïciderisico, eerder uitgevoerde suïcidepogingen, een vroeger optreden van depressie en sterkere depressiesymptomen dan depressieve patiënten zonder problematisch middelengebruik.

Typologieën voor suïcide en alcoholisme

Jennings et al. (1994) onderscheiden twee typologieën voor suïcidepatiënten:

- het depressieve/hopeloze type: zij zien suïcide als enige oplossing of uitweg uit pijn en miserie. Het gaat dan vaak om voltooide suïcides, die goed werden voorbereid;
- het communicatie/controle type: zij kampen met een persoonlijkheids- of gedragsstoornis waarbij woede de dominante emotie is. Het gaat vaak om impulsieve suïcidepogingen om verandering in situatie te forceren.

Bij de typologieën van suïcidepatiënten in de verslavingspopulatie blijken de type 2-alcoholici (sensatie- en risicogericht, lage 'reward dependence', snelle ontwikkeling van het alcoholprobleem, psychiatrische symptomen en agressie bij alcoholgebruik, ...) een vier maal zo grote kans op het plegen van suïcide te kennen dan type 1-alcoholici (trage ontwikkeling van het alcoholprobleem, weinig psychiatrische complicaties bij alcoholgebruik, ...) (Kaminer, 1996; Buydens-Branchey et al., 1989).

Middelengebruik ➔ omgevingsfactoren ➔ persoonsfactoren ➔ suïcide

Een suïcidaal proces kan in gang worden gezet door de rechtstreekse gevolgen van verslavingsgedrag. Zelfmoordgedachten komen bijvoorbeeld voor wanneer de alcohol- of druggebruiker geconfronteerd wordt met de ernstige gevolgen van zijn verslavingsgedrag, zoals bijvoorbeeld jobverlies, financiële problemen, geweld, verlies van huis, vervreemding van dichte relaties, justitiële problemen. Schaamte en schuldgevoelens die hieruit resulteren, kunnen aanleiding geven tot zelfmoordgedachten en zelfmoord. Dit is consistent met het feit dat ook bij de algemene bevolking een 'vernederende gebeurtenis' een van de meest voorkomende oorzaken is van suïcide (Jennings et al., 1994).
Het crisisgeoriënteerde leven van bepaalde groepen verslaafden (bv. zij die op straat leven), wiens interpersoonlijke relaties dikwijls verstoord zijn, geeft eveneens aanleiding tot zelfmoordimpulsen omdat gevoelens van moedeloosheid, mede als gevolg van de verslaving, hierdoor versterkt worden (Miller & Gold, 1991).

Middelengebruik ➔ middelen-/persoonsfactoren ➔ suïcide

De specifieke dynamieken die eigen zijn aan problematisch middelengebruik, spelen eveneens een rol. Zelfmoordgedachten komen vaak voor in de context van een 'crash' na een door drugs geïnduceerde 'high'. Op dat moment ervaart men een periode van uitgesproken depressie en/of extreme agitatie, wat een voedingsbodem is voor gevoelens van moedeloosheid, ontreddering en zelfdestructie. De crash is het grootst bij methamphetamine en cocaïne, ook omdat men dagen zonder slapen of eten kan doorbrengen, wat het lichaam ondermijnt en de crash versterkt (Jennings et al., 1994).
Zelfmoordgedachten en -gedrag kunnen geïnduceerd worden door het toxische effect van alcohol en drugs op de hersenen als gevolg van de farmacologische effecten die het oordeelsvermogen, de cognitie en gevoelens verstoren (Miller & Gold, 1991). Het gebruik van alcohol of andere drugs, zowel acuut als chronisch, veroorzaakt een staat van ontremming, inschattingsproblemen en grotere impulsiviteit (Bukstein,1995). Een significant sterker verband tussen alcoholmisbruik en zelfmoordpoging in vergelijking met een voltooide zelfmoord, kan gezien worden in het licht van de mogelijke impact van deze intoxicatie en impulsiviteit (Rossow et al., 1999). Sommige druggebruikers missen misschien de noodzakelijke impulscontrole die nodig is om suïcidegedachten te weerstaan. Ook hun beoordelingsvermogen blijkt verstoord als gevolg van de intoxicatie (Jennings et al., 1994).

Middelengebruik ➔ persoonsfactoren ➔ suïcide

Middelengebruik kan ook een onderdeel zijn van psychiatrische comorbiditeit (het samengaan van een psychiatrische stoornis met problematisch middelengebruik). Zoals in hoofdstuk 2.2. al beschreven, worden bij personen met problematisch middelengebruik die suïcide (pogen te) plegen psychiatrische problemen zeer vaak als nevendiagnose gesteld. Zo stellen zowel O'Boyle & Brandon (1998) als Bukstein (1995) als Hawton et al (1997) vast dat relatief meer personen met

alcohol- of drugafhankelijkheid die reeds suïcidepogingen ondernamen, voordien opgenomen werden voor psychiatrische problemen. Het gaat dan vooral om stemmingsstoornissen, zoals zware depressies. Andere stoornissen die in het kader van suïcidaal gedrag bij problematische gebruikers –zowel van alcohol als van illegale drugs- in de comorbiditeitsproblematiek worden aangehaald, zijn persoonlijkheids-, stemmings- en sociale stoornissen, een zwakke 'psychosocial adjustment', impulsiviteit, neuroticisme en borderline (Hawton et al, 1997; O'Boyle & Brandon, 1998; Kerkhof, 1995; Beautrais et al, 1999; Ravndal & Vaglum, 1999; Putnins, 1995).

Ongunstige persoonsfactoren ➔ middelengerelateerde factoren ➔ suïcide

Heel wat gebruikers hebben jaren drugs gebruikt als zelfmedicatie voor een onderliggende psychiatrische problematiek, zonder dat ze zich daar zelf bewust van zijn. Op het moment dat druggebruikers willen overgaan tot abstinentie (willen stoppen met gebruik), kunnen de symptomen van deze psychiatrische problematiek plots versterkt worden, waardoor zelfmoordgedachten ontstaan (Jennings et al., 1994). De effecten van druggebruik op het prikkelen of verscherpen van bestaande psychopathologie, zoals depressie of angst, blijken sterker te zijn bij adolescenten dan bij volwassenen. Adolescenten kunnen immers nog moeilijker omgaan met extreme gemoedstoestanden (Bukstein, 1995). Ten slotte leidt de combinatie van alcohol en drugs, voornamelijk polydruggebruik, tot zware depressies, met uitzichtloosheid en hulpeloosheid als gevolg. Deze laatste gevoelens kunnen op hun beurt eveneens aanleiding geven tot suïcide (Miller & Gold, 1991).

Persoonsfactoren ➔ middelengebruik/suïcide

In Amerikaans onderzoek binnen een psychiatrische afdeling van een universitair ziekenhuis werden kenmerken van depressieve patiënten met diagnose van alcoholafhankelijkheid vergeleken met kenmerken van depressieve patiënten zonder zulk een diagnose. Depressieve patiënten met alcoholafhankelijkheid hadden vaker te kampen met suïcidale gedachten, suïcidale pogingen en impulsiviteit en agressie. Volgens de onderzoekers, Sher et al. (2005), zou dit te wijten kunnen zijn aan een overgeërfde lage serotonergische activiteit. Een lage serotonine-activiteit kan een mediërende rol spelen bij zowel suïcide, agressie als alcoholafhankelijkheid. Impulsiviteit is een risicofactor voor zowel suïcidale gedragingen als voor de ontwikkeling van alcoholafhankelijkheid. Ook andere onderzoekers waren eerder al tot die laatste vaststelling gekomen (Cloninger et al., 1988).

Het zich herhalen van het proces

Een voorafgaande poging is algemeen een zeer sterke voorspeller van suïcide. Het risico op suïcide ligt bij personen die voordien reeds een poging ondernamen 150 keer hoger dan bij de algemene bevolking (van Heeringen, 2000).

In Brits onderzoek bij patiënten van een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis die wegens suïcidale pogingen opgenomen waren, bleek dat bij problematische alcoholgebruikers bijna de helft eerder suïcidepogingen hadden ondernomen, terwijl dit aandeel bij de niet-problematische alcoholgebruikers op ruim een kwart lag. Personen met een diagnose van alcoholafhankelijkheid die reeds een zelfmoordpoging ondernamen, lopen een beduidend hoger risico op herhaalde pogingen, zowel bij mannen als bij vrouwen (Hawton et al., 1989). Uit Amerikaans onderzoek in een grote steekproef van personen met problematisch druggebruik, bleek dat het voordien hebben ondernomen van een suïcidepoging de enige onderscheidende factor is tussen patiënten die in de laatste maand een suïcidepoging ondernamen en patiënten die in de laatste maand geen suïcidepoging ondernamen: van diegenen die voordien reeds een suïcidepoging ondernamen, bleek 26% ook in de laatste maand een poging te hebben ondernomen. Bij patiënten die voorheen nooit suïcidale pogingen ondernamen, had 8% in de laatste maand een poging ondernomen (Tiet et al., 2006). Preuss et al. (2003) toonden aan dat eerder ondernomen suïcidepogingen de kans op herhaalde suïcidepogingen verhogen bij alcoholafhankelijken. Rossow et al. (1999) bekeken dit in de context van voltooide suïcidale daden. Zij stelden vast dat een eerder ondernomen zelfmoordpoging een sterker risico inhoudt voor een latere voltooide zelfmoord.

Of en in welke mate dit gegeven ook geldt voor problematisch gebruik van illegale drugs is omwille van te beperkte referenties minder eenduidig uit te maken. Neale (2000) vond bij druggebruikers alleszins geen significante verbanden tussen een intentionele overdosis en voorafgaande suïcidepogingen met overdosis.

3. Praktijkrelevante handvatten voor de aanpak van de problematiek

Zowel suïcide als problematisch middelengebruik zijn thema's die de nodige aandacht krijgen als het aankomt op preventie en hulpverlening. Het samenvallen van beide fenomenen doet vermoeden dat het werken aan preventie en hulpverlening complexer wordt, zeker als dit nog wordt benaderd met inbegrip van de talrijke beïnvloedende of comorbide factoren. Duidelijk is dat de aanpak gestoeld moet zijn op een multidimensionale strategie, m.a.w. werkend op verschillende levensdomeinen en problematieken. Dit brengt meteen tal van gezondheids- en welzijnsactoren in stelling. Korchagina et al. (2003) verwoorden dit summier doch duidelijk in hun aanbevelingen om suïcide op lokaal vlak aan te pakken. Zij stellen dat het voorkomen van suïcide, zowel algemeen als meer specifiek naar suïcidale personen met alcoholafhankelijkheid, best vertrekt vanuit een breed sociaal programma met diverse strategieën. Op het vlak van onderzoek wijzen ze op de nood aan monitoring van risicosituaties op lokaal niveau en onderzoek over suïcidaal gedrag, op het vlak van preventie denken ze aan lokale preventie-acties waarin de algemene bevolking geïnformeerd wordt. Om zowel gezondheidsbevorderend te werken op het vlak van geestelijke gezondheid als de efficiëntie van vroegdetectie, verwijzing en behandeling te verhogen, dient het hele gezondheids- en welzijnsnetwerk betrokken te worden. Concreet kan worden gewerkt aan training voor artsen, verplegers, psychologen, leraars en sociale werkers in het omgaan met suïcidale signalen en gedragingen.

3.1. Preventie

Suïcidepreventie bij de algemene bevolking en specifieke doelgroepen

Over het nut van suïcidepreventie is al wat gedebatteerd. Twee stellingnames van vooraanstaande experts geven dit goed weer. De Leo (2004) stelt dat preventie-initiatieven zoals een restrictie op de toegankelijkheid van suïcidemiddelen, een betere mediaverslaggeving, preventieprogramma's op school, behandeling van alcohol- en drugmisbruik of een betere doorstroming naar de sector geestelijke gezondheidszorg, weinig of geen impact hebben op het verlagen van de suïcideratio. Mann et al. (2005) belichten de preventieve benadering van suïcide enigszins anders: alhoewel de effectiviteit van informatie- en sensibiliseringscampagnes zelden systematisch geëvalueerd wordt, geldt het voeren van zulke campagnes naar de algemene bevolking als een raadzame ondersteunende piste. Aandacht voor vroegdetectie van depressie- en suïciderisico's en het beter toeleiden naar de hulpverlening zijn daarin cruciale elementen. Belangrijk is dat de campagneboodschap bijdraagt tot de destigmatisering van psychische problemen en suïcide. Het verschil tussen beide standpunten is niet zo groot, het zijn de nuances die het verschil maken. Uit beide referenties kan worden geconcludeerd dat preventie-initiatieven an sich geen groot verschil uitmaken, maar dat ze wel voorwaardenscheppend zijn voor een betere aanpak van de suïcideproblematiek.

Mann et al. (2005) stellen ook dat educatieve strategieën naar jongeren, zoals programma's voor het onderwijs of het jeugdwerk, voorlopig nog weinig houvast bieden op het vlak van effectiviteit. Curriculum based programma's in het onderwijs blijken wel de kennis over en attitudes met betrekking tot suïcide en mentale gezondheid te verbeteren, maar er werd onvoldoende bewijs gevonden om te kunnen stellen dat dit leidt tot een daling van suïcidale gedragingen. Educatieve suïcidepreventieprogramma's omvatten bij voorkeur een ruime focus van algemene preventie en gezondheidspromotie, eerder dan een specifieke focus op suïcide. Bertolote (2004) stelt dat een brede, geïntegreerde aanpak, zowel gebaseerd op het bevorderen van de volksgezondheid als op het verbeteren van individuele zorg, met inbegrip van een goede nazorg en sociale ondersteuning, een betere outcome oplevert dan versnipperde acties. Daarnaast zijn er nogal wat argumenten om te kiezen voor educatieve alcohol- en drugpreventieprogramma's, gezien de sterke relatie tussen middelenmisbruik en suïcide (Kaminer, 1996, Garland & Zigler, 1993). Effectieve preventieprogramma's, voornamelijk gericht op jongeren via de school, hebben aandacht voor het aanleren van persoonlijke en sociale vaardigheden (Baas, 1997).

De preventieprogramma's mogen zich evenwel niet alleen richten tot de school. Er wordt immers een verhoogd risico op suïcide waargenomen bij de populatie van 'schooldropouts', met name spijbelaars, schoolverlaters, enz. (Kaminer, 1996). Naast programma's gericht op jongeren moeten andere sectoren en doelgroepen worden aangesproken om een preventiebeleid te voeren. Zo verdienen preventieprogramma's voor ouders de nodige aandacht. Kaminer (1996) raadt hierbij gezins- en opvoedingsondersteuningsprogramma's aan, waarin de nadruk ligt op het aanleren van vaardigheden om afwijkend gedrag zo snel mogelijk te detecteren en desgevallend op te treden. Preventie verdient ook aandacht in de huisartsenpraktijk (zie verder).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2007) heeft traditiegetrouw de verschillende evidence-based bevindingen en aanbevelingen goed gewikt en gewogen en komt tot vier pijlers waarop suïcidepreventie dient gebouwd te worden:

- het ontwikkelen en implementeren van pilootprojecten, waarbij algemene richtlijnen worden gedistilleerd uit ervaringen in internationale en lokale projecten;
- het uitwerken van een intersectorale, geïntegreerde en gecoördineerde aanpak van suïcidepreventie;
- het bekendmaken van een antigifcentrum dat informatie en advies verstrekt over hoe om te gaan met intoxicatie;
- richtlijnen verstrekken aan lokale media en andere sectoren om taboes te doorbreken en tot een waarheidsgetrouwe informatieverspreiding over het thema suïcide te komen.

Dit laatste punt, de sensibilisering van de media, krijgt ook in de mega review van Mann et al. (2005) de nodige aandacht. De auteurs wijzen op de nood aan strategieën om de mediaberichtgeving over suïcide positief te beïnvloeden.

Beperkingen in toegankelijkheid van middelen? De ervaringen met alcoholbeperkingen

Het beperken van de beschikbaarheid van middelen die vaak worden gebruikt voor suïcide is een vaker geopperde strategie om het aantal suïcides te doen dalen. In eerste instantie wordt dan gedacht aan wapens, maar in hoofdstuk 2 werd meermaals aangetoond dat ook alcohol en drugs vaak als middel tot suïcide dienen.

Mann et al. (2005) stellen als uitgangspunt dat elk land prioriteit moet geven aan het minder toegankelijk maken van de meest gangbare suïcidemethoden. Het opvolgen van de restrictieve regulering (bv. aanpassing van de wetgeving op de verkoop van vuurwapens of alcohol), alsook het monitoren van nieuwe suïcidemethoden zijn hierin cruciale elementen. De Leo (2004) laat zich dan weer eerder sceptisch uit over de impact van het beperken van de toegankelijkheid van suïcidemiddelen.

In de context van dit dossier zijn twee onderzoeken over de impact van alcoholrestricties op de suïcideratio interessant. De ervaringen op dat vlak in de voormalige USSR tijdens de Perestroika-periode geven een eerste indicatie. In de periode tussen 1984 en 1990 werden vrij draconische maatregelen genomen om het alcoholgebruik per capita te doen dalen. De genomen maatregelen behelsden onder andere een sterk gereduceerde nationale alcoholproductie, prijsstijgingen tot 45%, een grootse campagne om bepaalde drinkattitudes te veranderen, een verbetering van de behandeling van alcoholproblemen en een verstrengd vervolgingsbeleid bij alcoholmisbruik. De daaruit voortvloeiende duidelijk verlaagde alcoholconsumptie ging gepaard met een sterke daling van suïcide: bij mannen met een derde, bij vrouwen met een vijfde (Brady, 2006). In die periode daalde in de toenmalige USSR-republiek Estland het aandeel suïcides waarbij voorafgaand alcoholgebruik werd vastgesteld met 39,2% bij mannen en met 41,4% bij vrouwen. Vooral het aantal suïcides waarbij het slachtoffer meer dan 2,5 promille alcohol in het bloed had, daalde fors (Värnik et al., 2006).

Sommige van de maatregelen die in de toenmalige USSR werden genomen, zijn allicht te drastisch om nu nog toe te passen. Toch bieden ook andere ervaringen op het vlak van restricties een goed oriëntatiepunt. Ervaringen in Scandinavië en in Canada tonen eveneens het samengaan van een lagere alcoholconsumptiegraad met een lagere suïcidegraad aan. De meest effectieve aanpak omvat het invoeren van een taxverhoging, een strikter beleid en toezicht inzake de wetgeving op het rijden onder invloed en interventies die gericht zijn op de openbare schenkers van alcoholische dranken. Het verhogen van de minimumleeftijd voor het schenken van alcohol zou hierin een veelbelovende piste zijn.

De rol van de basisgezondheidszorg

Aangezien (jonge) slachtoffers van suïcide vaak gekenmerkt zijn door niet-behandelde mentale stoornissen, in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen en psychosociale problemen, is educatie op het vlak van diagnose en behandeling van depressie, aanpassingsstoornissen (minder goed functioneren ten gevolge van een stressvolle gebeurtenis) en suïcidaal gedrag aangewezen. De geringe mate waarin depressieve en suïcidale symptomen worden behandeld bij jongeren toont aan dat er nood is aan een preventiestrategie die gebaseerd is op de behandeling van psychische stoornissen. Daarom worden educatieve initiatieven over suïcide en onderliggende psychische factoren aanbevolen voor de eerstelijnsgezondheidszorg (Portzky et al., 2005).

Bridge (2006) reikt vijf concrete preventieve tips aan voor het omgaan met suïcidale personen, dit vanuit zijn rijke ervaring als huisarts.

1. Doe de patiënt de mechanismen van suïcidale gedachten inzien.
   Suïcidale gedachten komen op en deinen weer weg als golven. Meestal wordt op de piek overgegaan tot de suïcidale daad. Aan suïcidale personen moet worden duidelijk gemaakt dat sterke suïcidale gedachten slechts een tijdelijk fenomeen zijn, dat het voorbij gaat. In die korte, moeilijke periode(s), meestal als de persoon in kwestie alleen is, hebben suïcidale personen het idee dat er geen toekomst meer is en dat iedereen beter af is zonder hen en hun problemen. Niets is minder waar: de achtergebleven familieleden en vrienden lijden erg onder het verlies van hun naaste.
2. Ga de strijd tegen suïcidale gedachten niet alleen aan.
   Suïcidale personen moeten aangemoedigd worden om de stilte te doorbreken. Als iemand de controle over de eigen suïcidale gedachten voelt wegebben, kan erover praten met anderen de nodige veiligheid bieden. Dat helpt die gevoelens te temperen. Daarom moet worden meegegeven dat, als suïcidale gedachten opduiken bij iemand die alleen is, het aangewezen is om iemand te bellen en erover te praten. Dat kunnen vertrouwenspersonen uit de eigen omgeving zijn, maar evengoed professionals uit de telezorg of uit de hulpverlening.
3. Haal elk middel of elke facilitator voor suïcide uit de omgeving weg.
   Elk middel dat de drempel tot suïcide verlaagt, dient te worden weggehaald. Daaronder horen ook alcohol en drugs, die door hun werking de impulsiviteit kunnen verhogen.
4. Reik een positief en hoopvol perspectief aan.
   Suïcide treedt op wanneer de persoon in kwestie door de depressiviteit het gevoel heeft in een hopeloze situatie te zitten, zonder uitweg. Geef daarom de boodschap mee dat deze gevoelens slechts het meest pessimistische beeld van de situatie weergeven en dat zelfs uit die uitzichtloze situatie een uitweg is.
5. Vind een "barmhartige Samaritaan".
   Patiënten moeten aangemoedigd worden om een "barmhartige Samaritaan" aan te duiden, die gedurende 24 tot 48 uur bij hen blijven tot de crisissituatie wat ontladen is. Deze vertrouwenspersoon kan ook de suïcidale persoon in contact brengen met professionele hulp.

De rol van andere zorgverstekkers
Maar ook voor niet-medische professionals is er een rol weggelegd. De wereldgezondheidsorganisatie WHO geeft aan dat ook andere sectoren een belangrijke rol te spelen hebben. Twee concrete pistes die WHO suggereert, zijn het opzetten van een lokaal intersectoraal netwerk om de lokale suïcideproblematiek (preventief) aan te pakken en het opnemen van het suïcidethema in gezondheidsbevorderende programma's in scholen, bedrijven en groepen met hogere risico's (WHO, 2007). Voor beide pistes dient wel de nodige vorming en ondersteuning door experts op het vlak van suïcide te worden voorzien.

3.2. Vroegdetectie

Vroegdetectie van suïcidale gedachten, problematisch middelengebruik en psychische stoornissen kunnen een verdere ontwikkeling van suïcidale gedachten of zelfs daden voorkomen. Vroegtijdige detectie en interventie is een van de succesfactoren in suïcidepreventie. Hiervoor is een zeer ruime bewustmakingsstrategie nodig naar alle sleutelfiguren (personen in de omgeving van de cliënt, zowel professioneel als niet-professioneel). Boodschap is dat praten over zelfmoord steeds ernstig moet worden genomen (Kerkhof, 1995). Naast bewustmaking is training een belangrijke strategie, waarin wordt geleerd om signalen te erkennen en desgevallend te interveniëren of door te verwijzen (Kaminer, 1996).
Gezien de relatie tussen middelengebruik en suïcidale gedachten al op adolescente leeftijd opduikt, is het in het kader van vroegdetectie en vroeginterventie aangewezen dat personeel uit het onderwijs en van gezondheidsdiensten oog heeft voor de mogelijke suïcidale aanzetten bij jongeren die regelmatig alcohol of drugs gebruiken (Torrika et al., 2002). Conner et al. (2006) stellen dat preventie van suïcide bij personen met alcoholafhankelijkheid zich moet toespitsen op het herkennen en behandelen van depressieve symptomen. In een uitgebreide systematische review die vooraanstaande deskundigen uitwerkten over strategieën voor suïcidepreventie, wordt gesteld dat de focus zowel kan liggen op suïcidaal gedrag zelf als op risicofactoren als depressie en middelenmisbruik (Mann et al., 2005). De auteurs stellen dat screeninginstrumenten voor depressie, suïcidale gedachten of suïcidale daden, die voor jongeren zijn ontwikkeld, betrouwbare en valide instrumenten zijn om individuen met een verhoogd risico op suïcide te identificeren. Er zijn geen evidences die erop wijzen dat het screenen van jongeren op suïcide leidt tot een verhoogde kans op suïcidale gedachten of gedragingen. Dit laatste wordt bevestigd door RCT-onderzoek van Gould et al. (2006).

Eén referentie geeft de belangrijke rol van een community based[4] voorziening aan. Wilke (2004) stelt dat, gezien het feit dat een verhoogde aanwezigheid op AA/NA-meetings een predictor is voor een hoger risico op suïcidale gedachten, er nood is aan een zorgvuldige assessmentmethode voor depressieve en suïcidale neigingen bij het begin van de 12 step-meetings.

3.2.1. VROEGDETECTIE VAN SUÏCIDE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

De rol van huisartsen wordt vooral belicht in het kader van suïcidepreventie in het algemeen en niet zozeer in het kader van suïcidepreventie bij problematisch middelengebruik. Marquet et al. (2005) onderbouwen de sleutelrol van huisartsen in het detecteren van suïcidaliteit aan de hand van sprekende cijfers uit Nederland, tijdens de periode tussen 1983 en 2003. Zestig procent van de patiënten uit huisartsenpraktijken die suïcide pleegden, waren door hun huisarts gediagnosticeerd als depressief. Negentig procent van hen volgden bij hun huisarts een behandeling met antidepressiva. Huisartsen zijn dus belangrijke gatekeepers[5] voor suïcidale risico's. Helaas bespreken slechts weinig patiënten hun suïcidale gedachten met hun huisarts (Nutting et al., 2005). Daarom dat, bij een vermoeden van depressie of suïcidaliteit, de huisarts beter zelf het initiatief neemt om het thema bespreekbaar te maken. Dit bevordert de vroegere detectie van suïciderisico's bij depressieve patiënten en kan een vroegere verwijzing naar de aangewezen professionals uit de geestelijke gezondheidszorg bewerkstelligen(Marquet et al., 2005).

Daar de huisarts globaal genomen geen specifieke opleiding genoot in het opvolgen en behandelen van suïcidaal gedrag, verdient gerichte vorming over dit thema de nodige aandacht. Brady (2006) brengt het Amerikaanse actieplan Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide[6], gericht naar hoofdgeneesheren van centra voor gezondheidszorg, aan als referentiepunt. Eén van de 15 actiepunten omvat het institutionaliseren van training, o.a. over het herkennen en detecteren van suïciderisico's, voor professionals uit de (geestelijke) gezondheidszorg, de drughulpverlening en de welzijnssector. Mann et al. (2005) volgen in hun review dezelfde aanbevelingspiste. Zij omschrijven (na)vorming van geneesheren als één van de meest effectieve maatregelen, omdat dit leidt tot een verhoging van het aantal gediagnosticeerde én behandelde depressieve patiënten.

3.2.2. VROEGDETECTIE VAN SUÏCIDE IN DE BEHANDELING VAN MIDDELENMISBRUIK

Assessment (probleeminschatting) en screening zijn belangrijk voor de vroegdetectie van suïcide in de behandeling van problematisch middelengebruik. Dit wordt meermaals bevestigd in de geraadpleegde wetenschappelijke literatuur. Screening vormt een belangrijk instrument in de detectie van risicogroepen en de preventie van suïcide. In de literatuur wordt een sterk pleidooi gehouden voor systematische screening -als integraal onderdeel van de assessment procedure- naar middelengebruik van patiënten die omwille van suïcidale gedachten of pogingen in de hulpverlening terechtkomen (Hawton et al., 1989). Even belangrijk is het om bij cliënten in de drughulpverlening een systematische screening te doen naar suïcidale gedachten en pogingen.

Eén referentie over klinisch onderzoek naar middelengebruik en suïcide geeft volgend advies omtrent screening. Idealiter zou in de behandeling van middelenmisbruik het screenen op suïcidaliteit in een vroeg stadium moeten plaatsvinden en zou dit verder gemonitord moeten worden gedurende de verdere behandeling. Anderzijds zou onderzoek bij suïcidale adolescenten een voortdurende assessment van middelengebruik moeten omvatten (Esposito-Smythers & Spirito, 2004). Een follow-up-studie bij patiënten van een behandelingsprogramma voor drugafhankelijkheid die reeds een suïcidepoging achter de rug hadden, deed de onderzoekers besluiten dat in de behandeling van zulke personen het screenen én behandelen van depressie noodzakelijk is om zowel het risico op een hernieuwde suïcidepoging als het risico op een herval in middelengebruik merkelijk te doen dalen (Agosti & Levin, 2006). Darke et al. (2004) komen tot een soortgelijke conclusie voor de behandeling van personen met een heroïne-afhankelijkheid. In de behandelingsmodule zou screening voor depressie en suïcidale gedachten ingebouwd moeten worden, inclusief het voorzien van een aangepaste behandeling indien nodig.

De grootschalige review van Cornelius et al. (2004) geeft meer concrete aandachtspunten en adviezen over assessment van suïcide in de behandeling van problematisch alcoholgebruik:

---

[4] Community based houdt in dat er een sterke participatie is van de doelgroep.

[5] Gatekeepers zijn personen die een centrale plaats innemen in de informatiestroom en daardoor geschikt zijn voor het monitoren van fenomenen.

[6] Het actieplan is te downloaden op www.surgeongeneral.gov/library/calltoaction/calltoaction.pdf.

- suïcidale gedachten en andere depressieve symptomen worden vaak over het hoofd gezien in behandelingssettings voor alcoholafhankelijkheid. Dit komt volgens de auteurs doordat zowel uitingen van alcoholafhankelijkheid als die van suïcidale gedragingen dezelfde negatieve stigmatisering krijgen en omdat de professionals uit de behandelingssettings onvoldoende vorming kregen rond het herkennen van suïcidale uitingen;
- patiënten die voor de behandeling van hun alcoholafhakelijkheid komen en geen suïcidale gedachten hebben of uiting geven aan andere indicaties van suïcidaal gedrag, dienen periodiek gescreend te worden op suïcidale gedachten en andere symptomen van depressiviteit. Dit omdat deze symptomen meestal ook optreden bij personen met alcoholafhankelijkheid. De behandelende professional moet systematisch de mate van suïcidale en andere depressieve symptomen onder de loep nemen en deze niet automatisch als typische "nevenverschijnselen" van alcoholafhankelijkheid klasseren;
- patiënten met alcoholafhankelijkheid zouden hoe dan ook op suïcidale gedachten moeten worden getest indien zich een van de volgende zaken voordoet:
  - duidelijke uitingen van andere depressieve symptomen;
  - een terugval in alcohol- of druggebruik;
  - recent verlies op interpersoonlijk vlak;
  - verlies van woning of werk
- patiënten die duidelijke uitingen van suïcidale gedachten of gedragingen vertonen, moeten gedurende het vervolg van de behandeling herhaaldelijk opgevolgd worden voor suïcidale gedachten en andere symptomen van depressie.

Depressieve stoornissen vormen hierin zowat de rode draad. Ook Roy (1993) raadt aan om depressieve patiënten eveneens op middelengebruik en op suïcidale uitingen te screenen. Sher (2006) trekt die aandacht open naar stemmingsstoornissen algemeen. Voorts stelt hij dat stemmingsstoornissen een groter wordend risico inhouden naarmate de leeftijd van de problematische alcoholgebruiker stijgt. Concluderend suggereert Sher dat alle patiënten met alcoholgerelateerde stoornissen best te screenen op uitingen van suïcide, waarbij dit aspect vooral aandacht behoeft bij mannen van middelbare leeftijd en oudere mannen.
Inzake vroegdetectie van suïcidale uitingen bij patiënten met problematisch middelengebruik is niet alleen het onderzoeken van depressieve symptomen van belang. Ook andere comorbide stoornissen dienen gescreend te worden. Zowel Dougherty et al. (2004) als Conner et al. (2006) wijzen erop dat, gezien de intermediërende invloed van impulsiviteit op de relatie tussen suïcidaal gedrag en middelenmisbruik, het screenen op impulsiviteit belangrijk is.

3.2.3. Screening en assessment goed en wel. Maar wat en hoe?

Voor het (vroeg)detecteren van problematisch middelengebruik, suïcidale uitingen en psychiatrische stoornissen zijn er tal van instrumenten voorhanden. Deze hier oplijsten zou een te exhaustieve inventarisering betekenen. Daarom beperken we ons tot een korte beschrijving van twee bronnen: één uitgebreide basisreferentie voor assessment-instrumenten voor suïcide en de bevindingen uit één review over bruikbare instrumenten voor het meten van suïcidaliteit en problematisch middelengebruik.
De basisreferentie is "A review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults" van Gregory K. Brown, professor aan de University of Pennsylvania. Hij voerde een zeer uitgebreide review study door en kwam zo uit op tientallen instrumenten die verschillende dimensies van suïcide en aanverwante aspecten meten. Per instrument wordt een beschrijving weergegeven, toelichting gegeven over de bestudeerde samples, een zicht gegeven op de dimensionaliteit van het instrument (welke aspecten meet het?), zijn resultaten over validiteit en betrouwbaarheid vermeld en wordt er afsluitend een evaluatieve commentaar gegeven.
Deze basisreferentie is te downloaden op:
http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=235&name=DLFE-113.pdf

Alhoewel de titel van Browns referentie het niet laat uitschijnen, zitten er tal van instrumenten in die ook bij adolescente doelgroepen hun nut hebben bewezen. Daarom dat het nuttig is dat de review van Esposito-Smythers en Spirito (2004) hier aanvullend enkele instrumenten voor jongeren en adolescenten in de spotlight zet. Zij halen de loftrompet boven voor de volgende vier basisreferenties:
Assessment en klinisch management van suïcidale jongeren:

- Goldston, D.B. (2003). *Measuring suicidal behavior and risk in adolescents*. Washington: American Psychological Association.
- Spirito, A. & Overholser, J.C. (2003). *Evaluating and treating adolescent suicide attempters: from research to clinical practice*. New York: Academic Press.

Assessment en klinisch management van jongeren met middelenmisbruik:

- Monti, P.M., Colby, S.M. & O'Leary, T.A. (2001). *Adolescents, alcohol, and substance abuse: reaching teens through brief interventions*. New York: Guilford Press.
- Wagner, E.F. & Waldron, H.B. (2001). *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. New York: Pergamon.

3.3. Therapeutische behandeling in de verslavingszorg

Alvorens over te gaan tot specifieke bevindingen over toepasbare therapievormen, is het aangewezen om stil te staan bij enkele algemene vereisten en uitgangspunten voor de hulpverlening naar suïcidale patiënten, al dan niet met middelenproblematiek.
De toegankelijkheid van de hulpverlening is van cruciaal belang. Wanhoop en uitzichtloosheid vormen vaak de directe aanleiding voor suïcide of een suïcidepoging. Die wanhoop heeft verschillende achtergronden, maar heeft vaak te maken met het niet vinden van hulp voor zijn/haar problemen (Neale, 2000). Dit wordt zowel aangetoond in de geestelijke gezondheidszorg, waar een gebrekkige toegankelijkheid van de voorzieningen een rol speelt in de suïcidegraad bij jonge problematische gebruikers, als in de drughulpverlening waar problematische gebruikers die geen behandeling voor hun probleem zochten, een verhoogd risico voor suïcide kennen (Kaminer, 1996).
Jennings et al. (1994) brengen het vertragen van het crisismoment, het stimuleren van communicatie en het niet overhaast te werk gaan aan als sleutelelementen in de behandeling. Belangrijk hierbij is de uitzichtloosheid te ontkrachten en vertrouwen te wekken. Openheid over suïcide en suïcidegedachten is zeer belangrijk. Verder vragen de auteurs aandacht voor de eigen noden van de hulpverlener, die nood heeft aan ondersteuning van collega's en duidelijke grenzen moeten stellen.
Kerkhof (1995) gaat bij de behandeling van suïcidale patiënten met problematisch middelengebruik uit van een driesporenaanpak, waarbij in eerste instantie de suïcidedreiging moet worden afgewend. Voor de hulpverlener is het hierbij belangrijk suïcideverlangens te aanvaarden als een manier om wanhoop te uiten en samen met de cliënt de optie om suïcide te plegen te bespreken. In tweede instantie moet het alcohol- en drugprobleem worden aangepakt, met een duidelijke voorkeur voor abstinentie aangezien alcohol en drugs elke substantiële oplossing in de weg kunnen staan. In laatste instantie dient gewerkt te worden aan de depressie en de dieperliggende oorzaken.

Gecombineerde behandelingsaanpak
Verschillende gevonden referenties wijzen op de meerwaarde van een gecombineerde aanpak van enerzijds problematisch middelengebruik en anderzijds suïcide en verwante fenomenen zoals depressie.
Follow-uponderzoek in een drugbehandelingsprogramma wees uit dat bij suïcidepogers de ratio aan depressie veel hoger ligt dan bij de niet-suïcidale patiënten. Volgens de onderzoekers is het daarom raadzaam om depressie te screenen en nadrukkelijk te behandelen om zo zowel het risico op herhaalde suïcidepogingen te doen verminderen als het risico op herval in middelengebruik te doen dalen (Agosti et al., 2006). Volgens Esposito-Smythers en Spirito (2004) zou de behandeling van adolescenten met een diagnose van zowel problematisch middelengebruik (substance use disorder) als suïcidaliteit een geïntegreerd behandelingsprotocol moeten volgen waarin beide aspecten aan bod komen. Geïntegreerde behandeling verzekert een voortdurende aandacht voor beide fenomenen en hun onderlinge relatie en leidt tot een synthese van behandelingsprincipes en betere prioriteitenafbakening van de behandelingsdoelen. Parallelle behandeling in afzonderlijke progamma's voor middelengebruik en geestelijke gezondheidszorg kan de patiënt opzadelen met (schijnbaar) tegenstrijdige aanbevelingen, wat nefast kan zijn voor het volgen van de behandeling. Daarnaast zijn er nog andere belemmeringen, zoals het moeilijk combineren van afspraken, hoge kostprijs. Voorts is binding met de therapeut een belangrijke succesfactor. Een sterke binding tussen patiënt en therapeut heeft een positief effect op de outcome. Omdat behandeling van problematisch middelengebruik bij jongeren vaak niet op vrijwillige basis gebeurt, is het voor deze behandeling op zich al moeilijk om een vertrouwensband tussen jongeren en hulpverleners te doen groeien, laat staan als dat moet gebeuren met twee therapeuten.
Het oriënteren van suïcidale patiënten die een behandeling voor hun gebruiksproblematiek volgen naar de best geschikte behandelingsmodule, is een complexe en tijdrovende oefening. Om dit op een eenvoudigere wijze te laten verlopen, kan het empirische model van Tiet et al. (2006)

als leidraad dienen. Dit model dient als leidraad voor de triage van patiënten op basis van het al dan niet vertonen van risicokenmerken. Meer uitleg over dit model is te vinden in bijlage 2.

Samenwerking met gespecialiseerde klinische settings

Vraag is in welke mate de categoriale voorzieningen in de alcohol- en drughulpverlening een gecombineerde behandeling van problematisch middelengebruik en suïcidale symptomen aankunnen. Dit vereist al heel wat specialisatie binnen één voorziening. Samenwerking tussen algemene ziekenhuizen en categoriale drughulpverlening is zeer belangrijk in de zorgcontinuïteit van cliënten met middelenmisbruik en suïcideproblematiek. Deze samenwerking situeert zich vooral binnen de intake-procedure en in de nazorg van mensen met een middelenproblematiek (Hawton et al, 1997). Voor de gecombineerde behandeling van problematisch middelengebruik en suïcidaliteit kan verwijzing naar gespecialiseerde klinische settings aangewezen zijn. Cornelius et al. (2004) stellen dat, door de sterke aanwezigheid van depressief-suïcidale en alcoholgerelateerde symptomen, hospitalisering in een dual diagnosis unit met speciale aandacht voor en specifieke ervaring inzake het evalueren en behandelen van suïcidale alcoholici, aangewezen kan zijn voor een stabilisatie bij suïcidale alcoholici. Bij volgende symptomen is een hospitaalopname aangewezen: hevige agitatie, psychose, eerdere suïcidepogingen, hopeloosheid, impulsiviteit. Indien vrijwillige opname wordt geweigerd, dient gedwongen opname te worden overwogen. Korchagina et al. (2003) volgen deze lijn en stellen dat bij patiënten met alcoholafhankelijkheid de dreiging van suïcide niet over het hoofd mag worden gezien. Een verwijzing naar een psychiatrisch ziekenhuis is dan aangewezen.
Opname in een hospitaal geeft evenwel geen garantie op veiligheid. Er zijn alcoholafhankelijken wiens depressieve symptomen snel afnemen, maar er zijn er ook die persistente suïcidale ideatie[7] en andere hardnekkige depressieve symptomen vertonen tijdens of na de acute alcoholintoxicatie en ontwenning. Zware depressie tijdens de drugvrije periode is een sterke predictor voor suïcidepogingen (Aharanovich et al., 2002). Daarom is voor personen met een acuut suïciderisico intense observatie aangewezen. Nadat de suïcidale symptomen getemperd zijn en andere depressieve symptomen adequaat behandeld worden, is het meestal aangewezen om de patiënt te verwijzen naar een langetermijnbehandeling voor het alcoholprobleem (Cornelius et al., 2004). Korchagina et al. (2003) vullen deze laatste vaststelling aan met het advies om suïcidale patiënten met alcoholafhankelijkheid niet uit het ziekenhuis te ontslaan, omdat het risico op herval in suïcidale gedragingen reëel is.

Niet alleen de combinatie van klinische specialismen is aan de orde, ook de behandelingswijze is van belang. Hierbij dienen de voordelen van een farmacotherapeutische behandeling te worden gecombineerd met die van een psychotherapeutische behandeling. Volgens Korchagina et al. (2003) is in de behandeling van suïcidale alcoholici een combinatie van psychotherapie en medicatie aanbevolen. De toonaangevende review van Mann et al. (2005) volgt deze redenering: psychotherapie in combinatie met antidepressiva kan de basis zijn voor een effectieve behandeling van depressie, suïcidale ideatie, suïcidepogingen bij personen met borderline-stoornissen en het voorkomen van nieuwe suïcidepogingen bij personen die deze reeds ondernamen. De auteurs voegen daar aan toe dat er nog nood is aan bijkomend onderzoek naar de langetermijnresultaten van deze gecombineerde behandelingsaanpak bij suïcidale patiënten.
We sommen vervolgens de bevindingen over beide behandelingspistes op.

3.3.1. FARMACOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING

Het effect van farmacotherapeutische behandeling van psychiatrische uitingen zoals suïcidale gedachten of depressie werd slechts zelden onderzocht bij personen met problematisch middelengebruik. Enkel de uitgebreide review van Cornelius et al. (2004) leverde amper twee referenties op van systematische onderzoeken over het toepassen van antidepressiva. De resultaten van beide onderzoeken gaven aan dat selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI) zowel de depressieve symptomen, suïcidale ideatie inclusis, als het alcoholgebruik bij depressieve alcoholici merkelijk deed afnemen.

Antidepressiva

Tien tot vijftien jaren geleden kwam het scepticisme over het gebruik van antidepressiva voor de behandeling van suïcidale patiënten met een gebruiksproblematiek nog vrij duidelijk naar boven. Zo stelden Miller en Gold (1991) dat farmacotherapie met antidepressiva (en ook antipsychotica) in regel niet is aangewezen omdat deze vaak schadelijk is voor een doelgroep die gevoelig is voor de effecten van drugs en omdat ze de therapietrouw negatief kan beïnvloeden. Verder

[7] Met suïcidale ideatie wordt bedoeld: het zich voordoen van suïcidale gedachten.

benadrukte Kerkhof (1995) het potentiële risico waarbij suïcidale patiënten antidepressiva kunnen gebruiken als middel tot suïcide. Maar recentere referenties zijn veeleer lovend over het nut en de meerwaarde van antidepressiva. Mogelijk is dit mede te verklaren door de ruimere toepassingsgraad van de nieuwere generatie SSRI-antidepressiva (SSRI is de Engelse afkorting voor selectieve serotonine-heropnameremmers).

Antidepressiva en daarbinnen de subcategorie SSRI zijn ook de meest onderzochte geneesmiddelen als het op de behandeling van suïcide aankomt. Van beide werd aangetoond dat ze werkzaam zijn in het behandelen van depressieve symptomen bij zwaar depressieve alcoholici. Van SSRI-medicatie is ook aangetoond dat ze een gunstig effect hebben op het verminderen van het alcoholgebruik in deze populatie. Van tricyclische antidepressiva, een ander soort depressiva die in regel de heropname van noradrenaline en serotonine afremmen, ontbreken voorlopig nog betrouwbare onderzoeksresultaten om daarin stelling te nemen. Wegens een gebrek aan RCT-onderzoeken die het effect van tricyclische antidepressiva vergelijken met het effect van SSRI-antidepressiva bij zware depressie en alcoholafhankelijkheid, is voorlopig geen uitspraak mogelijk over een eventuele voorkeur qua keuze van antidepressiva (Cornelius et al., 2004). Toch zouden SSRI-antidepressiva de voorkeur genieten omdat deze beter verdragen worden en een lagere toxiciteit hebben in geval van overdosis en aldus veiliger zijn voor het behandelen van suïcidale depressieve personen met alcoholafhankelijkheid (Mason et al., 1996; Thase et al., 2001).

Het effect van tricyclische antidepressiva op de comorbiditeit tussen problematisch alcoholgebruik (alcohol use disorder) en depressieve stoornissen werd in RCT-studies onderzocht. Mc Grath et al. (1996) vergeleek bij personen met zowel alcoholafhankelijkheid als primaire depressie het effect van imipramine (bv. Tofranil®) met dat van een placebo en stelde vast dat de imipraminebehandeling tot een verbetering van de depressie leidde, maar algemeen genomen geen effect had op het drinkgedrag van de depressieve alcoholici. Een onderzoek met een vergelijkbaar design naar het effect van nortryptyline (bv. Nortrilen®) toonde dat dit tricyclisch antidepressivum, in vergelijking met een placebo, geen significante verbetering van depressieve symptomen noch van drinkgedrag opleverde (Powell et al., 1995).

Over het antidepressivum desipramine (bv. Pertrofan®) werd één referentie gevonden. De onderzoeksresultaten lieten de auteurs besluiten dat desipramine bij alcoholici met een comorbide zware depressie een gunstig effect heeft op de behandeling van depressieve symptomen (Mason et al., 1996).

Wat SSRI betreft, gaven onderzoeken in de VS en in Australië aan dat geografische regio's of demografische groepen met de hoogste proporties voorgeschreven SSRI's de laagste proporties suïcides vertoonden (Mann et al., 2005). Roy (1998) onderzocht in een instelling uit de alcohol- en drughulpverlening het effect van de SSRI-stof sertraline (bv. Sertraline® of Serlain®) bij niet-suïcidale depressieve personen met een alcoholafhankelijkheid. De resultaten wezen uit dat sertraline de depressieve symptomen verlicht. Het effect op hun drinkgedrag kon niet worden gemeten omdat het de patiënten verboden was om alcohol te drinken in de behandelingssetting.

Het effect van fluoxetine (bv. Prozac® of Fluoxetine®), een andere SSRI, werd meermaals onderzocht. De resultaten van al die onderzoeken geven duidelijk aan dat fluoxetine de depressieve symptomen van alcoholici die met een zware depressie kampen, vermindert (Cornelius et al., 2004). Over het effect van fluoxetine op het gebruik van alcohol zijn de onderzoekers voorzichtiger positief, omdat dat in slechts één van die onderzoeken werd onderzocht. Dat onderzoek gaf wel aan dat het gebruik van alcohol bij alcoholici met zware depressiviteit daalde door toedoen van fluoxetine. Een ander onderzoek over het effect van fluoxetine werd uitgevoerd in een populatie adolescenten met zowel diagnoses van zware depressie als van alcohol use disorder. De resultaten toonden niet enkel aan dat er positieve effecten waren op de depressieve symptomen als op het alcoholgebruik van de jongeren, maar er waren ook -zij het beperkte- indicaties dat er een significante afname van suïcidale gedachten was.

De ervaringen inzake behandeling met antidepressiva zijn dus veelbelovend. Toch laat één referentie een iets sceptischer geluid optekenen: De Leo (2004) besluit dat er nog te weinig evidenties zijn om te stellen dat antidepressiva, alhoewel potentieel effectief in de behandeling van depressieve symptomen, een risicoverlagend effect hebben op suïcidale pogingen of daden. Dit, omdat antidepressiva geen impact hebben op de brede waaier aan psychosociale factoren die een rol spelen in de ontwikkeling van depressie en suïcide.

Andere medicatie

In de marge van de antidepressiva situeert zich lithium. Een meta-analyse toonde aan dat een behandeling met lithium (bv. Camcolit®) bij volwassenen met bipolaire stoornis maar zonder diagnose van problematisch middelengebruik, de kans op suïcidale pogingen en daden met een

factor 7 verkleint. Het stopzetten van de lithiumbehandeling bij bipolaire patiënten verhoogde de suïcidale risico's met een factor 20 (Tondo et al., 2000).
Clozapine (bv. Leponex®), een antipsychoticum dat wordt gebruikt in de behandeling van schizofrenie, bleek een anti-suïcidaal effect te hebben op depressieve patiënten met een hoog risico op suïcide (Mann et al., 2005).
Voor de aanpak van depressieve symptomen bij depressieve personen met alcoholafhankelijkheid bleken behandelingen met zowel het anxioliticum buspiron (bv. Buspar®) als met benzodiazepines (merknamen eindigen meestal op -zolam of -zepam) als met bupropion (bv. Zyban®) positieve resultaten op te leveren. In de aanpak van het alcoholgebruik bij depressieve personen met alcoholafhankelijkheid gaven de voor de behandeling van alcoholafhankelijkheid vaker gebruikte stoffen disulfiram (bv. Antabuse®), acamprosaat (bv. Campral®) en de narcotische antagonist naltrexon (bv. Nalorex®) goede resultaten (Cornelius et al., 2004).
Voor de aanpak van het alcoholgebruik bij personen met bipolaire stoornis gaf het gebruik van Valproate®, een anti-epilepticum dat ook wordt gebruikt in de behandeling van niet-alcoholische patiënten met bipolaire stoornis, veelbelovende resultaten in de reductie van het alcoholgebruik (Cornelius et al., 2004).
Audenaert et al. (2006) nemen ook referenties op over het gebruik van de serotonische antagonist fenfluramine (bv. Podimin®) in de behandeling van (al dan niet suïcidale) depressie. Dit amfetaminederivaat is een centraal werkend anorexigaan dat vaak gebruikt werd in de bestrijding van obesitas. In 2001 werd het in België (net als in de meeste landen) van de markt gehaald vanwege de risico's op pulmonaire hypertensie en hartklepafwijkingen. In 2002 werd per Koninklijk Besluit vastgelegd dat het gebruik van fenfluramine bij uitzondering kan worden toegelaten voor klinische proeven voor refractaire epilepsie.

3.3.2. PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING

Psychosociale behandelingsvormen worden algemeen beschouwd als doeltreffende interventies, zowel bij problematisch alcohol- en druggebruik als bij psychiatrische stoornissen, suïcidale ideatie inclusis (Cornelius et al., 2004). Vergelijkbare studies over de verschillende psychotherapeutische behandelingen zijn nog niet voorhanden. We houden het dus op het belichten van enkele psychotherapeutische technieken.
Zowel cognitieve therapie als problem-solving therapy[8], als intensieve zorgen in combinatie met outreaching, als interpersoonlijke psychotherapie leveren veelbelovende resultaten op voor zowel de kans op herhaling van suïcidaal gedrag als op het verbeteren van de behandelingstrouw van de patiënt (Mann et al., 2005).
In vergelijking met de standaardbehandelingsprocedures in een klinische setting halveerde cognitieve gedragstherapie de kans op het herhalen van suïcidale pogingen en werd ook aangetoond dat het de suïcidale ideatie doet afnemen (Mann et al., 2005). Maar toch schuiven Cornelius et al. (2004) een alternatief voor cognitieve gedragstherapie naar voor: onderzoek toonde aan dat voor de behandeling van alcoholafhankelijkheid bij niet-depressieve personen een kortdurende motivationele therapiemodule even positieve resultaten opleverde als meer intensieve cognitieve gedragstherapieën. De auteurs stellen zich wel de vraag of deze bevindingen kunnen worden veralgemeend naar de behandeling van personen met een comorbide problematiek van alcoholafhankelijkheid en zware depressie. Verder onderzoek zou daarover uitsluitsel kunnen geven.
Bij patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis werd aangetoond dat zowel dialectische gedragstherapie als psycho-analytisch georiënteerde (partiële) hospitalisatie de behandelingstrouw verhoogt en het suïcidale gedrag doet verminderen (Mann et al., 2005).
Van het toepassen van problem-solving therapy werd aangetoond dat het intermediaire outcomes als hopeloosheid en depressieve symptomen doet afnemen (Mann et al., 2005).
Van interpersoonlijke psychotherapie tenslotte werd onderzoeksmatig vastgesteld dat het suïcidale ideatie doet afnemen (Mann et al., 2005).

Muziek als therapie-instrument bij jongeren
Eén referentie belicht een minder platgetrapt pad: Keen (2004) beschrijft de positieve outcome die hij bereikte in het gebruik van muziek als een therapiemiddel om adolescenten met wat Keen als een "vertroebelde geest" omschrijft (o.m. suïcidale gedachten en alcohol- en drugmisbruik) te motiveren. Bij jongeren wordt het succes van een cognitief-gedragstherapeutische aanpak vaker

[8] Problem solving therapy is een voor de eerste lijn ontwikkelde vorm van gespreksvoering waarbij men probeert de patiënt met de heersende moeilijkheden te leren omgaan door grote problemen op te delen in kleinere onderdelen en in een aantal stappen een betere omgangswijze te bereiken.

belemmerd door een gebrekkige communicatieve inbreng vanwege de in behandeling zijnde jongere. Om dit te overstijgen, gebruikt Keen muziek als therapie-instrument. Muziek is een belangrijk element in de leefwereld van de jongere en de songs en teksten weerspiegelen vaak ervaringen of een heersende gemoedstoestand. Het therapeutisch gebruik van muziek kan verschillende vormen aannemen: discussies over songteksten, het samen luisteren naar muziek, het schrijven van songs en/of liedteksten en de jongeren muziek laten spelen. Pre- en posttesting van de effectiviteit van die interventietechniek leverde alvast eerste positieve resultaten op.

Tips voor het omzeilen van typische behandelingsproblemen bij suïcidale patiënten

Hendin et al. (2006) richtten hun focus op het aanpakken van enkele typische problemen in de psychotherapeutische behandeling van suïcidale patiënten. Aan de hand van ervaringen van therapeuten van suïcidale patiënten, verzameld d.m.v. vragenlijstonderzoek, komen de auteurs tot volgende acht behandelingsadviezen[9]:

- een goede informatiedoorstroming tussen alle betrokken professionals die in de behandeling van een suïcidale patiënt betrokken zijn is absoluut noodzakelijk. Voor professionals die binnen dezelfde behandelingsinstelling werkzaam zijn, dient daaromtrent een beleid te worden uitgestippeld en kunnen specifieke vormingen worden gegeven aan het behandelend personeel;
- suïcidale patiënten zijn vaak op zoek naar het herwinnen van controle over hun levensdoelen. Dat vertaalt zich vaak ook in de behandeling, waarbij de therapeut wordt geconfronteerd met de onrealistisch hoge levensdoelen van de patiënt. De vrees voor een hernieuwde suïcidepoging mag er niet toe leiden dat de therapeut de door de patiënt geformuleerde onrealistische doelen bevestigt. In plaats daarvan is het beter om samen met de patiënt stapsgewijs te verkennen waar de patiënt naartoe wil met zijn leven;
- suïcidale patiënten maken vaak toespelingen op moeilijkheden die zij in hun leven ervaren, maar geven tegelijk aan dat ze er niet over willen praten. De therapeut moet zijn angst voor te grote druk overwinnen en de patiënt helpen om over die moeilijke onderwerpen te praten, omdat deze essentieel zijn voor een inzicht in de oorsprong van de suïcidale gevoelens;
- indien de patiënt niet de uitgestippelde medicamenteuze behandeling volgt, staat de therapeut voor een dilemma. Enerzijds kan het confronteren van de patiënt met diens niet-opvolging van de voorgeschreven medicatiebehandeling leiden tot het beëindigen van de behandeling. Anderzijds kan te veel permissiviteit op dit vlak vanwege de therapeut leiden tot gevoelens van angst en woede en tot een vertrouwensbreuk. Het is daarom aangeraden dat de therapeut de gevoelens van de patiënt over de medicinale behandeling tracht te achterhalen;
- alhoewel seksuele gevoelens, fantasieën en gedrag niet centraal staan in de behandeling van suïcidaliteit, blijkt het nuttig om deze thema's aan bod te laten komen omwille van het psychodynamische proces bij sommige suïcidale patiënten waarbij seksuele intimiteit en (zelf)destructiviteit samenhangen. Het bespreken van seksualiteit kan de band tussen therapeut en patiënt versterken en verhoogt de kans op het herkennen van een zich ontwikkelende suïcidale crisis;
- vaak is hospitalisering aangewezen in het behandelen van imminent suïcidale patiënten. Voor sommige suïcidale patiënten zorgt deze stap voor een verlichting van de suïcidale gevoelens, andere suïcidale patiënten zullen zich ertegen verzetten. In dit laatste geval is gedwongen hospitalisatie te verkiezen boven de optie van de patiënt om naar huis te gaan en erover na te denken. Voor sommige patiënten in een suïcidale crisis kan een opname (weer) het gevoel geven dat ze een stuk controle over hun leven verliezen. Dit kan een trigger zijn om, nu ze het nog kunnen, de suïcidale daad te voltooien;
- het bespreken van dromen van suïcidale patiënten kan veel nuttige achtergrondinformatie opleveren en zo op een minder directe (lees: voor de patiënt minder bedreigende) manier suïcidale ideatie blootleggen.;
- het achterhalen en behandelen van het middelenmisbruik, in het bijzonder het alcoholmisbruik, is noodzakelijk voor het effectief kunnen behandelen van andere aan suïcide gelinkte problemen. Zo kan alcoholmisbruik leiden tot een gebrek aan respons op antidepressieve medicatie.

[9] Eigenlijk sommen de auteurs negen adviezen op, maar één daarvan betreft het herkennen en medicinaal behandelen van psychische stoornissen en dit werd eerder in dit dossier al besproken.

3.4. Nazorg

De samenwerking tussen algemene ziekenhuizen en categoriale drughulpverlening moet worden voortgezet in de nazorg van mensen met een middelenproblematiek (Hawton et al, 1997). Deze aanbeveling wordt mede ondersteund door het groot aantal suïcides volgend op een ontslag uit een detox- of behandelingscentrum (Nicholls et al., 1974; Wines et al., 2004; Mann et al., 2005). Depressieve of suïcidale patiënten die een suïcidepoging overleefden, ondernemen na ontslag uit de psychiatrische hospitalisatie vaak nieuwe suïcidepogingen. Dat komt omdat psychiatrische stoornissen als depressie chronisch kunnen zijn of weer kunnen opduiken. Psychiatrische patiënten zijn na ontslag ook niet altijd even trouw aan de voorgeschreven medicinale behandeling. Mann et al. (2005) benadrukken daarom dat interventies ter bestrijding van depressie meer effect ressorteren als een case manager patiënten opvolgt die gemaakte afspraken niet nakomen of nieuwe medicatievoorschriften nodig hebben. Ervaringen met zorgnetwerken tonen aan dat minder suïcidale patiënten vroegtijdig hun behandeling stopzetten en dat er minder hernieuwde suïcidepogingen plaatsvinden in regio's waar zulke zorgnetwerken bestaan.
Gezien het risico op herhaalde suïcide raden Pirkola et al. (2005) aan om onmiddellijk na ontslag uit een behandelingsunit de nodige follow-up en vervolgbehandeling te voorzien.

Eenzaamheid als onderliggende risicofactor?
Suïcidale personen die na ontslag uit een psychiatrische behandelingseenheid suïcide plegen, blijken vaker ongehuwd te zijn (Pirkola et al., 2005). Personen die alleen wonen hebben ook een dubbel zo hoog risico op het plegen van suïcide dan personen die niet alleen leven (Marquet et al., 2005). Toch is het niet zozeer het sociaal isolement dat de verklarende factor is. Immers, ook personen die in een huishouden met drie of meer leden leven, lopen een bijna twee keer zo hoog risico (Marquet et al., 2005). Volgens Conner et al. (2007), die sociale relaties onderzochten bij suïcidale opiaatafhankelijken, ligt het niet zozeer aan het sociale isolement maar eerder aan een onbevredigde behoefte inzake het zich binden aan anderen, het thuis horen in een groep ("belonging"). Opiaatafhankelijken die een suïcidepoging ondernamen, waren sterker gekenmerkt door een lagere graad van belonging. Personen met een lagere graad van belonging waren kwetsbaarder voor suïcidaal gedrag, wat niet kon aangetoond worden voor alleenstaanden. Het gaat dus eerder om de sterkte en de kwaliteit van interpersoonlijke banden dan om sociaal isolement in se.

De rol van de familie in de (na)zorg
Indien de suïcidale persoon na de behandeling voor suïcidaliteit terugkeert naar het gezins- of familieverband, hebben de gezins- of familieleden een belangrijke rol te spelen in de nazorg. Cornelius et al. (2004) stellen dat bij het ontslag van de suïcidale patiënt de familie moet worden gecontacteerd om alle potentieel gevaarlijke objecten uit de omgeving te verwijderen (wapens, toxische stoffen, zware medicatie, …). De familieleden moeten ook worden gevraagd om de patiënt nauw te observeren na ontslag. Familieleden moeten daarom bij voorkeur instructies krijgen over het herkennen van mogelijke symptomen van herval in middelengebruik of suïcidale gedachten.
De Wereldgezondheidsorganisatie WHO (2007) heeft in zijn aanbevelingen over het voorkomen van suïcide ook veel oog voor de rol die de familie kan spelen in de zorg en nazorg bij suïcidale familieleden. Dit vanuit het motto "Each person contemplating suicide needs a supporting hand, a comforting shoulder and a patient hearing". Een selectie uit de mogelijk pistes die de WHO aanreikt:

- focus op de potentiële sterktes van de persoon in plaats van op de zwaktes;
- laat een persoon met duidelijke suïcidale tendensen beter niet alleen;
- leer en oefen met de betrokken persoon probleemoplossende methodes in het gezinsleven;
- vermijd zoveel mogelijk huiselijke conflicten;
- moedig de persoon die in de knoop zit aan om professionele hulp in te roepen, waarbij elk betrokken familielid een rol kan spelen door blijvend in interactie te treden met de artsen of andere behandelende professionals en door de gegeven adviezen mee te helpen opvolgen;
- observeer voortdurend de risicopersoon (zeker bij depressie en/of alcoholgebruik) en handel snel bij elk signaal dat wijst op suïcidale oriëntering;
- geef veel affectieve steun na een suïcidale poging.

3.5. Praktische leidraden: waarom het warm water opnieuw uitvinden?

Komt het er nu op aan concrete leidraden te formuleren op basis van de aandachtspunten en praktische adviezen die in de vorige subhoofdstukken zijn gegeven. Gelukkig zijn er in het

Nederlandse taalgebied twee goede, recente referenties die zo als model naar voor kunnen worden geschoven. Wat de beleidsmatige preventieve aanpak van suïcide betreft, is er het Vlaams Actieplan 2006-2010 ter preventie van zelfdoding. Wat het aanpakken van de comorbide problematiek tussen suïcide/depressie en problematisch middelengebruik betreft, is er de Nederlandse richtlijn "Suïcide in de verslavingszorg", uitgewerkt door medewerkers van Novadic en verspreid door GGZ Nederland. Beide referenties worden hier kort toegelicht. Het Nederlandse protocol zit integraal als bijlage in dit dossier (hoofdstuk 4).

3.5.1. VLAAMS ACTIEPLAN 2006-2010 TER PREVENTIE VAN ZELFDODING

Op het vlak van preventie worden in de gehanteerde literatuur vooral algemene handvatten over suïcide aangereikt, meestal met specifieke aandacht voor psychiatrische stoornissen. Dat aspect werd de laatste jaren uitvoerig onderzocht en beleidsmatig onderbouwd vanuit de Vlaamse overheid. Preventie van zelfdoding is één van de zes gezondheidsdoelstellingen die de Vlaamse overheid zich reeds naar aanleiding van de gezondheidsconferentie 2002 stelde. De doelstelling wordt als volgt geformuleerd:

> *"De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000."*

Deze algemene doelstelling werd verder geconcretiseerd in drie subdoelstellingen:
1. een daling van het aantal suïcidepogingen;
2. een daling van de suïcidale ideatie;
3. een daling van het aantal depressies.

Om de gezondheidsdoelstelling te realiseren werden vijf strategieën afgebakend:
1. Het bevorderen van de geestelijke gezondheid met betrekking tot het individu én de maatschappij.
   Kernpunt vormt de campagne "fit in je hoofd, goed in je vel" (www.fitinjehoofd.be). Deze campagne beoogt de bevordering van de zelfzorg aan de hand van tien tips ("positieve stappen"), zoals erover praten, beroep doen op vrienden of durven om hulp te vragen. Daarnaast zit in de website ook een zelfbeoordelingstest waarbij de invuller een profiel krijgt doorgestuurd en advies op basis van de tien tips.
2. Het verstrekken van laagdrempelige telezorg (anonieme hulpverlening via telefoon en internet versterken).
   Het is de bedoeling dat de bestaande telezorg-initiatieven in Vlaanderen, waaronder de Zelfmoordlijn en de DrugLijn, de kwaliteit van de zorg verhogen en zowel de onderlinge afstemming tussen telezorgdiensten als de afstemming met het reguliere zorgaanbod verbeteren.
3. Het voorzien van deskundigheidsbevordering van professionelen en netwerking. Naar huisartsen toe wordt het elektronische programma "zelfdodingspreventie" en de website van de infocel zelfdodingspreventie (www.gachet.be) ruimer gepromoot en toegankelijk gemaakt. Naar andere professionele begeleiders van jongeren, volwassenen en ouderen wordt een soortgelijk aanbod geformuleerd. Specifieke vormingen en navormingen worden voorzien voor professionals die meer kans maken om met suïcidale personen te werken (huisartsen, politie, CLB, RVT, …). Binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg wordt een specifiek project ontwikkeld rond de zorg voor personen met een depressie en wordt het suïcidepreventieprotocol ruimer gepromoot en geïmplementeerd. Voorts worden in de hulpverlening samenwerkingsverbanden opgezet voor de opvolging van suïcidale patiënten of cliënten. Dit wordt vorm gegeven aan de hand van drie accenten: in het kader van opvang en nazorg wordt het optimaliseren van de communicatie tussen huisartsen en ziekenhuizen nagestreefd, het betrekken van huisartsen en CGG's in de nazorg via consultatief overleg en het uittekenen van mogelijkheden tot samenwerking met CLB's.
4. Het uitlokken van zelfdoding vermijden door middel van richtlijnen voor een duidelijke berichtgeving in de pers en door het verminderen van de beschikbaarheid van suïcidemiddelen (o.a. inleveren van wapens, beveiliging van spoorwegen, bruggen en hoge gebouwen, verpakkingen van medicatie aanpassen qua grootte en vorm).
5. Belangrijke doelgroepen specifiek ondersteunen:
   - suïcidepogers: de evaluatie van een pilootproject in de spoedgevallendienst, ter verbetering van zowel de opvang van de patiënt als van de samenwerking met eerstelijnsdiensten, psychiatrie en andere relevante initiatieven, gekoppeld aan een ruimere implementatie in Vlaamse ziekenhuizen (met inbegrip van dataregistratie);

- personen met schizofrene psychose: een informatiecampagne voor de algemene bevolking, een verhoging van de focus en deskundigheid van eerstelijnswerkers en het opzetten van vroegdiagnoseteams;
- personen met recidiverende depressie: evaluatie project "cognitieve groepstherapie", gevolgd door een ruimere verspreiding in Vlaanderen;
- jongeren: het vorm geven van een collectieve gezondheidsovereenkomst tussen scholen en de jeugdsector betreffende maatregelen omtrent suïcidepreventie, in het onderwijs middels een geïntegreerd schoolactieplan waarvan o.a protocollen over de aanpak van pesten, geweldpleging en druggebruik alsook vorming voor leerkrachten, voorlichting van ouders en een interventiedraaiboek voor suïcidepreventie deel uitmaken;
- kinderen van ouders met psychiatrische problemen: een pilootproject rond de effectiviteit van de Beardsley-interventiemethode en -mits positieve evaluatie- uitbreiding binnen Vlaanderen en een informatiecampagne naar algemene bevolking;
- nabestaanden van suïcide: het promoten, ondersteunen en professionaliseren van gespreksgroepen en het lanceren van een informatieve website;
- homoseksuelen: het voorzien van deskundigheidsbevordering bij hulpverleners in het omgaan met specifieke problemen van holebi's in relatie tot suïcide en depressie, alsook het organiseren van vormingen over suïcide voor holebidiensten.

De volledige versie van het Vlaams actieplan rond de gezondheidsdoelstelling 'preventie van zelfdoding" kan worden gedownload via de website van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid:
http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Preventie/Ziekten_en_aandoeningen/Depressie_en_zelfdoding/actieplan/GGZ_VAS_20061211_voorlopig%20def.doc.

3.5.2. SUÏCIDE IN DE VERSLAVINGSZORG

De Nederlandse richtlijn Suïcide in de Verslavingszorg werd uitgewerkt door Marieke de Jong, arts en medewerker van Novadic, en Cor de Jong, hoogleraar verslavingszorg en eveneens verbonden aan Novadic (de Jong & de Jong, 2006). Novadic is een expertisecentrum op het gebied van gebruik van middelen, verslaving en verslavingszorg. Het uitwerken van de richtlijn wordt gezien als een eerste stap in het toepassen van practice-based en evidence-based interventies.
De auteurs streven met de publicatie van de richtlijn zes doelstellingen na:
- inzicht kunnen krijgen in het belang van preventie van suïcidepogingen en suïcides;
- inzicht kunnen krijgen in de impact van een suïcidepoging of een suïcide op hulpverleners;
- goede nazorg kunnen krijgen als ze betrokken zijn bij een suïcidepoging of suïcide;
- kennis nemen over wat gedaan moet worden bij suïcidepogingen en suïcides;
- preventief kunnen handelen ter voorkoming van een suïcidepoging of een suïcide bij patiënten die afhankelijk zijn van psychoactieve middelen;
- praktisch en zorgvuldig kunnen handelen bij suïcidegevaar, na een suïcidepoging of na een suïcide.

Naast prevalentiegegevens en achtergronden over suïcide in de verslavingszorg bevat de richtlijn vooral concrete, in de praktijk toepasbare stappenplannen en handelschema's inzake preventie, vroegdetectie, behandeling en nazorg van suïcidale patiënten. We geven hierna schematisch de opbouw van de stappenplannen weer:
- Stappenplan suïcidepreventie (hst 4.2):
  - signaleringsfase (risico-indicatoren);
  - verificatiefase;
  - interventiefase
- Inschatting (hst 4.3):
  Inschatting ernst van suïcidaliteit aan de hand van 6 ja/neen-vragen.
- Crisisinterventie (hst 4.4):
  Oplijsting van bij crisisinterventie te nemen maatregelen.
- Handelen bij suïcidaliteit / na een suïcidepoging of suïcide (hst 5):
  Stappenplannen indien volgende situaties zich voordoen:
  A. Acute dreiging van suïcide
  B.1 Suïcidepoging zonder dreiging van ernstig lichamelijk letsel
  B.2 Suïcidepoging met dreiging van ernstig lichamelijk letsel

C. Suïcide

- Adviezen voor het handelen na suïcide (hst 6).

In de bijlagen van de richtlijn Suïcide in de Verslavingszorg vind je nog enkele concrete handvatten om in de praktijk toe te passen:

- een lijst met vragen die je kan stellen om een beter beeld te schetsen van de suïcidaliteit van de patiënt (inclusief gradaties);
- de Nederlandstalige bewerking van de Suicide Intent Scale;
- een afvinklijst voor de stappenplannen “Handelen bij suïcidepoging” en “Handelen bij suïcide”;
- een kader voor een evaluatiegesprek met een hulpverlener (incl. oog voor de emotionele verwerking van de hulpverleners) ;
- aandachtspunten voor een evaluatiegesprek met familie en naasten.

4. Richtlijn "Suïcide in de Verslavingszorg" (© GGZ Nederland)

VAD kreeg van de auteurs en van GGZ Nederland de toestemming om de richtlijn integraal toe te voegen aan het VAD-dossier Middelengebruik en Suïcide. Waarvoor onze welgemeende dank aan de Nederlandse collegae. Je vindt op pagina 51 de integrale tekst van de richtlijn.

5. Middelengebruik en suïcide: synthese van de bevindingen

De complexe relatie tussen (problematisch) middelengebruik en suïcide
Deze literatuurstudie toont aan dat er duidelijke relaties zijn tussen (problematisch) middelengebruik en suïcide. Deze relaties worden beïnvloed door tal van factoren. De duidelijke link tussen problematisch middelengebruik en suïcide maakt ook dat de alcohol- en drughulpverlening oog dient te hebben voor (de behandeling van) onderliggende suïcidale uitingen. Daarover worden in dit dossier een aantal concrete tips geformuleerd en praktische leidraden aangereikt.

Wat middelengerelateerde factoren betreft, is er een positief verband tussen het gebruik van diverse middelen en suïciderisico's. Vooral voor alcohol zijn daarover ruimschoots evidenties te vinden. Het positieve verband tussen problematisch alcoholgebruik en suïciderisico's uit zich zowel in een hoog aandeel alcoholafhankelijken bij suïcideoverlijdens als in het feit dat suïcide een voorname doodsoorzaak is bij alcoholafhankelijken. Er is ook vaak sprake van alcoholgebruik voorafgaand aan de suïcidale daad. Wat de relatie tussen het gebruik van farmaca en suïcide betreft, zijn de bevindingen minder eenduidig. Ook de belangrijke rol die farmaca zouden hebben als middel tot suïcide wordt in een genuanceerd daglicht gesteld. Wat illegale drugs betreft, zijn voor cannabis, cocaïne en heroïne verbanden gevonden met suïcide. Wat cannabis betreft, zijn zowel het gebruik op jonge leeftijd als chronisch gebruik risicoverhogende factoren voor suïcide. Afhankelijkheid van cocaïne en heroïne verhoogt de kans op suïcidaliteit, waarbij bovendien geldt dat deze producten vaker gebruikt worden als middel tot suïcide. Poly- en combigebruik zijn extra risicoverhogende factoren.

Wat persoonsgerelateerde factoren betreft, blijkt leeftijd een rol te spelen in de relatie tussen problematisch alcoholgebruik en suïcide. Hoe ouder de persoon in kwestie, hoe sterker het verband tussen problematisch alcoholgebruik en suïcide. Toch verdienen ook jongeren de nodige aandacht. In de adolescentiefase kunnen onzekerheid en frustratie een impact hebben op middelengebruik en suïcide. Om de onzekere of gekrenkte gevoelens weg te spoelen, kunnen jongeren bij wijze van zelfmedicatie naar pyschoactieve middelen grijpen en deze ten einde raad ook gebruiken voor suïcidale doeleinden. Daarnaast kunnen problemen in de gezinsrelaties het suïciderisico bij adolescenten verhogen. Wat genderaspecten betreft, lijkt het er op dat mannen een hoger risico lopen in de relatie problematisch alcoholgebruik-suïcide, maar in wezen is dat terug te brengen tot de genderratio's van problematisch alcoholgebruik. Wat illegale drugs betreft, zijn er geen eenduidige genderbevindingen.
Een bijzondere plaats in het verhaal verdienen psychische stoornissen. In de relatie tussen (problematisch) middelengebruik en suïcide is een bijkomende comorbiditeit met psychische stoornissen een vaak voorkomende factor. Enerzijds zijn er genoeg aanwijzingen dat aandachts-, gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen een risicofactor (kunnen) zijn. Anderzijds zijn de evidenties over de mogelijke impact van stemmingsstoornissen overduidelijk. Vooral de rol van depressieve uitingen zijn meermaals aangetoond. Het (dys)functioneren van de neurotransmitters noradrenaline, dopamine en vooral serotonine wordt daarbij als mogelijke verklaringsfactor aangehaald.

Wat omgevingsgerelateerde factoren betreft, blijken socio-economische factoren ook een impact te kunnen hebben op de relatie problematisch middelengebruik-suïcide. Aspecten als werkloosheid en inkomensonzekerheid hangen daarmee samen, waarbij de rol van de etiologische component scholing niet onderschat mag worden. Een andere, potentieel belangrijke, omgevingsgerelateerde factor zijn negatieve life events. Verstoorde interpersoonlijke relaties, gaande van vriendenruzies, over relatieproblemen en eenzaamheid tot het plotse verlies van een dierbare naaste, kunnen voor personen met problematisch middelengebruik bijkomende triggers zijn voor suïcide. Daarnaast verhoogt problematisch middelengebruik in het gezin het risico op suïcide. Zowel bij de moeder als bij de vader is aangetoond dat problematisch alcoholgebruik het suïciderisico van het kind beduidend verhoogt.

Middelengerelateerde, persoonsgerelateerde en omgevingsgerelateerde factoren staan niet alleen op zich, onderling spelen zich ook beïnvloedende processen af. Deze worden in het dossier opgelijst en kort geduid. Factoren die met middelengebruik te maken hebben, beïnvloeden persoons- en/of omgevingsfactoren, wat op zijn beurt een bepalende invloed heeft op suïcide. Of persoonsgebonden factoren leiden tot (problematisch) middelengebruik wat op zijn beurt faciliterend werkt voor suïcide. Een ander belangrijk aspect is het zich herhalen van het suïcidale proces. Bij personen die reeds een suïcidepoging ondernamen ligt het risico op suïcide veel hoger.

In welke mate dit ook opgaat voor personen met problematisch middelengebruik, is op basis van de gevonden referenties niet uit te maken.

Aandachtspunten en leidraden voor preventie en hulpverlening
De comorbiditeit tussen suïcide en problematisch middelengebruik maakt het werken aan preventie en hulpverlening er niet makkelijker op, zeker als dit nog wordt compliceert door andere beïnvloedende of comorbide factoren. Daarom vertrekt de aanpak van suïcide best vanuit een breed gamma aan diverse strategieën, waarin preventie, vroegdetectie, behandeling en nazorg aan bod komen.

Mogelijkheden voor preventie omvatten onder andere het sensibiliseren van de media voor een positievere verslaggeving, preventieprogramma's op school, een betere doorstroming naar de sector geestelijke gezondheidszorg of nog restricties op de toegankelijkheid van suïcidemiddelen. Alhoewel de effectiviteit van sommige strategieën nog in vraag wordt gesteld, is er een consensus over dat een brede, geïntegreerde aanpak, gericht op het bevorderen van de volksgezondheid en op het verbeteren van individuele zorg (incl. nazorg en sociale ondersteuning) te verkiezen is boven versnipperde acties. Het Vlaams Actieplan 2006-2010 ter preventie van zelfdoding omvat de nodige succesfactoren en wordt in dit dossier dan ook als een bruikbare leidraad naar voor geschoven.
In dit dossier wordt ook de belangrijke preventieve rol van zorgverstrekkers, zowel in de basisgezondheidszorg als in andere instellingen en sectoren toegelicht. Voor huisartsen worden vijf concrete tips gegeven over het omgaan met suïcidaliteit in de praktijk. Een andere piste is het beperken van de toegankelijkheid van alcohol als facilitator én middel voor suïcide. Buitenlandse onderzoeken tonen het positieve effect aan van dergelijke maatregelen.

Vroegtijdige detectie en interventie is een van de succesfactoren in suïcidepreventie. In dit dossier wordt de belangrijke rol van huisartsen aangehaald. Ook de vroegdetectie van suïcidaliteit in de alcohol- en drughulpverlening komt aan bod. Er worden onder andere enkele concrete adviezen over het screenen van suïcide meegegeven. Om de bruikbaarheid in de praktijk te maximaliseren, wordt in het dossier een link opgenomen die tal van screeningsinstrumenten beschrijft en methodologisch onder de loep neemt. Daarnaast worden vier basisreferenties vermeld voor de assessment en het klinische management van jongeren met suïcidale kenmerken en/of problematisch middelengebruik.

Inzake behandeling van suïcidale patiënten in de alcohol- en drughulpverlening worden handvatten aangereikt voor een gecombineerde behandelingsaanpak van problematisch middelengebruik en suïcide en verwante fenomenen zoals depressie. Parallelle behandeling in afzonderlijke programma's voor middelengebruik en geestelijke gezondheidszorg kan de patiënt opzadelen met (schijnbaar) tegenstrijdige aanbevelingen en tot een minder gunstige outcome van de behandeling leiden. Daarom is het raadzaam om bijvoorbeeld ook op depressie te screenen en dit nadrukkelijk te behandelen. Ook in de behandeling van adolescenten met zowel problematisch middelengebruik als suïcidaliteit dient een geïntegreerd behandelingsprotocol te worden gevolgd, waarin beide aspecten aan bod komen. Vraag is natuurlijk in welke mate voorzieningen in de alcohol- en drughulpverlening zulk een gecombineerde behandeling van problematisch middelengebruik en suïcidale symptomen aankunnen. Dit vereist tenslotte heel wat specialisatie. Samenwerken met algemene ziekenhuizen is een te overwegen optie. Belangrijk hierin is dat de zorgcontinuïteit van de patiënten bewaakt wordt. Immers, een opname in een hospitaal op zich biedt geen garantie op stabiliteit en veiligheid van de patiënt.
Niet alleen de complementariteit van klinische specialismen wordt belicht, ook de voordelen van verschillende behandelingswijzen komen aan bod. Uitgangspunt is dat de voordelen van een farmacotherapeutische behandeling gecombineerd moeten worden met die van een psychotherapeutische behandeling. Wat farmacotherapeutische behandeling betreft, worden de aangetoonde effecten van medicinale behandelingsvormen, vooral die met antidepressiva, opgesomd. Wat psychotherapeutische behandelingsvormen aangaat, worden de effecten van verschillende therapievormen vermeld. Een concreet aanknopingspunt bieden de tips voor het omzeilen van typische behandelingsproblemen bij suïcidale patiënten.

Ook nazorg verdient de nodige aandacht. De samenwerking tussen algemene ziekenhuizen en categoriale drughulpverlening moet worden voortgezet in de nazorg van mensen met een middelenproblematiek omdat de kans op suïcide na ontslag uit een detox-behandelingsprogramma voor alcohol of drugs vrij groot is. Eenzaamheid blijkt daarin een risicoverhogend aspect te zijn. Psychiatrische patiënten zijn na ontslag ook niet altijd even trouw

aan de voorgeschreven medicinale behandeling. Om de nodige nazorg te verstrekken, worden zowel naar professionals - idealiter een case manager - als naar de persoonlijke omgeving - i.c. familieleden - aanbevelingen verstrekt.

Naast de raadgevingen doorheen het dossier wordt de praktische toepassingsgraad verder verhoogd door het integraal opnemen van de richtlijn Suïcide in de Verslavingszorg, uitgewerkt en gepubliceerd door GGZ-Nederland.

6. Referenties

Agosti, V. & Levin, F.R. (2006). One-year follow-up study of suicide attempters treated for drug dependence. *The American Journal on Addictions, 15* (4), 293-296.

Aharonovich, E., Liu, X., Nunes, E. & Hasin, D.S. (2002). Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 159* (9), 1600-1602.

Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R. & Williamson, D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services, 53* (8), 1001-1008.

Arts, N.J.M. (2005). Alcohol en het brein (2): dempende effecten en afhankelijkheid. *Patient Care/Neuropsychiatrie en Gedragsneurologie, 4* (1), 27-32.

Audenaert, K., Peremans, K., Goethals, I. & van Heeringen, C. (2006). Functional imaging, serotonin and the suicidal brain. *Acta Neurologica Belgica, 106* (3), 125-131.

Baas N.J. (1997). *Het effect van voorlichting op school. Een literatuurverkenning.* Den Haag: Infodesk WOCD.

Beautrais, L.B., Jyce, P.R. & Mulder, R.T. (1999). Cannabis abuse and serious suicide attempts, *Addiction, 94* (8), 1155-1164.

Bertolote, J.M. (2004). Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry, 3* (3), 147-151.

Bolognini, M., Plancherel, B., Lager, J. & Halfon, O. (2003). Adolescent's suicide attempts: populations at risk, vulnerability, and substance use. *Substance Use & Misuse*, *38* (11-13), 1651-1669.

Bongers, I.M.B. (1998). *Problem drinking among the general population; a public issue?* Rotterdam: IVO.

Borges, G., Cherpitel, C.J., MacDonald, S., Giesbrecht, N., Stockwell, T. & Wilcox, H.C. (2004). A case-crossover study of acute alcohol use and suicide attempt. *Journal of Studies on Alcohol, 65* (6), 708-714.

Brady, J. (2006). The association between alcohol misuse and suicidal behavior. *Alcohol & Alcoholism, 41* (5*),* 473-478.

Bridge, S. (2006). Suicide prevention. Targeting the patient at risk. *Australian Family Physician*, *35* (5), 335-338.

Bukstein, O.G. (1995). *Adolescent Substance Abuse: assessment, prevention and treatment.* New York: John Willey & Sons.

Buydens-Branchey, L., Branchey, M.H. & Noumair, D. (1989) Age of alcoholism onset: relationship to psychopathology, *Archives of General Psychiatry, 46*, 225-236.

Caces, F. & Harford, T. (1998). Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the US, 1934-1987, *Journal of Studies on Alcohol*, *59* (4), 455-461.

Cattaert, G. & Pacolet, J. (2001). *Schatting van het alcoholgebruik/misbruik in Vlaanderen en België*. Leuven/Brussel: HIVA/VAD.

Christoffersen, M.N. & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcool abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment, 25* (1), 107-116.

Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Gilligan, S.B., von Knorring, A.L., Reich, T. & Bohman, M. (1988). Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Advances in Alcohol and Substance Abuse, 7* (3-4), 3-16.

Conner, K.R., Beautrais, A.L. & Conwell, Y. (2003a). Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: analyses of Canterbury Suicide Project data. *Journal of Studies on Alcohol, 64* (4*), 551-554.*

Conner, K.R., Yi, Y., Meldrum, S. & Duberstein, P.R. (2003b). The role of drinking in suicidal ideation: analyses of Project MATCH data. *Journal of Studies on Alcohol, 64* (3*), 402-408.*

Conner, K.R. & Chiapella, P. (2004). Alcohol and suicidal behavior: overview of a research workshop. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28* (5 - suppl.), 2-5.

Conner, K.R., Hesselbrock, V.M., Schuckit, M.A., Hirsch, J.K., Knox, K.L., Meldrum, S., Bucholz, K.K., Kramer, J., Kuperman, S., Preuss, U. & Soyka, M. (2006). Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol, 67* (1*), 95-101.*

Conner, K.R., Britton, P.C., Sworts, L.M. & Joiner, T.E. (2007). Suicide attempts among individuals with opiate dependence: the critical role of belonging. *Addictive Behaviors (in press*).

Cornelius, J.R., Thase, M.E., Salloum, I.M, Cornelius, M.D., Black, A. & Mann, J.J. (1998). Cocaine use associated with increased suicidal behavior in depressed alcoholics, *Addictive Behaviors, 23* (1), 119-121.

Cornelius, J.R., Clark, D.B., Salloum, I.M, Buckstein, O.G. & Kelly, T.M. (2004). Interventions in suicidal alcoholics, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28* (5-suppl.), 89-96.

Cottler, L.B., Campbell, W., Krishna, V.A.S., Cunningham-Williams, R.M. & Abdallah, A.B. (2005). Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193* (7), 431-437.

Darke, S. & Ross, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods, *Addiction*, *97* (11), 1383-1394.

Darke, S., Ross, J. & Lynskey, M. (2003). The relationship of conduct disorder to attempted suicide and drug use history among methadone maintenance patients, *Drug and Alcohol Review*, 22 (1), 21-25.

Darke, S., Ross, J., Lynskey, M. & Teesson, M. (2004). Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. *Drug and Alcohol Dependency*, *73* (1), 1-10.

Davis, L.L., Frazier, E., Husain, M.M., Warden, D., Trivedi, M., Fava, M., Cassano, P., McGrath, P.J., Balasubramani, G.K., Wisniewski, S.R. & Rush, A.J. (2006). Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR*D cohort. *The American Journal on Addictions, 15* (3), 278-285.

de Jong, M. & de Jong, C.A.J. (2006). *Suïcide in de verslavingszorg. Richtlijn voor preventie, handelen na suïcide en nazorg voor hulpverleners*. Amersfoort: GGZ Nederland.

De Leo, D. (2004). Suicide prevention is far more than a psychiatric business. *World Psychiatry, 3* (3*),* 155-156.

De Leo, D. & Evans, R. (2004). *International suicide rates and prevention strategies*. Cambridge (US): Hogrefe & Huber Publishing.

Demirbas, H., Celik, S., Ilhan, I.O. & Dogan, B. (2003). An examination of suicide probability in alcoholic in-patients. *Alcohol & Alcoholism*, *38* (1), 67-70.

Dhossche, D.M. (2003). Toxicology of suicide: touchstone for suicide prevention? *Medical Science Monitor*, 9 (4), 9-19.

Dinwiddie, S.H., Reich, T. & Cloninger, C.R. (1990). Solvent use and psychiatric comorbidity, *British Journal of Addiction, 85* (12), 1647-1656.

Dougherty, D.M., Mathias, C.W., Marsh, D.M., Moeller, F.G. & Swann, A.C. (2004). Suicidal behaviors and drug abuse: impulsivity and its assessment. *Drug and Alcohol Dependence*, *76* (1-suppl.), 93-105.

Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M., Rouleua, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J.J., Benkelfat, C. & Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and agressive behaviors in men. *The American Journal of Psychiatry*, *162* (11), 2116-2124.

Esposito-Smythers, C. & Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 28* (5-suppl.), 77-88.

Ferguson, D.M., Horwood, L.J. & Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, *97* (9), 1123-1135.

Friedman, A.S., Terras, A., Zhu, W. & McCallum, J. (2004). Depression, negative self-image, and suicidal attempts as effects of substance use and substance dependence. *Journal of Addictive Diseases*, *23* (4), 55-71.

Garland, A.F. & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention: current research and social policy implications, *American Psychology, 48* (2), 169-182.

Garlow, S.J. (2002). Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. *The American Journal of Psychiatry*, *159* (4), 615-619.

Garlow, S.J., Purselle, D. & D'Orio, B. (2003). Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug and Alcohol Dependence, 70* (1), 101-104.

Glowinski, A.L., Jacob, T., Bucholz, K.K., Scherrer, J.F., True, W. & Heath, A.C. (2004). Paternal alcohol dependence and offspring suicidal behaviors in a children-of-twins study. *Drug and alcohol dependence, 76* (suppl.), 69-77.

Gould, M.S., Marocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J. & Davies, M. (2006). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. *The Journal of the American Medical Association*, *293* (13), 1635-1643.

Grant, B.F. & Hasin, D.S. (1999). Suicidal ideation among the United States drinking population: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *Journal of Studies on Alcohol, 60* (3*), 422-429*.

Gruenewald, P.J., Ponicki, W.R. & Mitchell, P.R. (1995). Suicide rates and alcohol consumption in the US, 1970-1989, *Addiction*, *90* (8), 1063-1075.

Hawton K., Fagg J. & McKeown S.P. (1989). Alcoholism, alcohol and attempted suicide, *Alcohol & Alcoholism*, *24* (1), 3-9.

Hawton, K., Simkin, J. & Fagg, J. (1997). Deliberate self-harm in alcohol and drug misusers: patient characteristics and patterns of clinical care, *Drug and Alcohol Review*, *16* (2), 123-129.

Hendin, H., Pollinger Haas, A., Maltsberger, J.T., Koestner, B. & Szanto, K. (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *The American Journal of Psychiatry,163* (1), 67-72.

Hodgins, D.C., Mansley, C. & Thuygesen, K. (2006). Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers. *The American Journal on Addictions, 15* (4), 303-310.

Jennings, J.L., Williams, C. & Thompson-Owens, M. (1994). Treating addictive patients at suicidal risk, *Psychotherapy*, *31* (4), 700-707.

Kaminer, Y. (1996). Adolescent substance abuse and suicidal behavior, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *5* (1), 59-71.

Kausch, O. & McCormick, R.A. (2002). Suicide prevalence in chemical dependency programs: preliminary data from a national sample, and an examination of risk factors. *Journal of Substance Abuse and Treatment, 22* (2*), 97-102.*

Keen, A.W. (2004). Using music as a therapy tool to motivate troubled adolescents. *Social Work in Health Care, 39* (3-4*)*, 361-373.

Kelly, T.M., Cornelius, J.R. & Clark, D.B. (2004). Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, *73* (1), 87-97.

Kerkhof, A.J.F.M. (1995). Afhankelijkheid en suïcidaliteit. In: W. Buisman, J. Casselman, B. Majoor,. G. Schippers, J. Silvis & J. Walburg (eds.). *Handboek Verslaving* (B6350 / pp. 1-15). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Koller, G., Engel, R.R., Preuss, U.W., Karakesisoglou, A., Zill, P., Bondy, B. & Soyka, M. (2005). Tryptophan hydroxylase gene 1 polymorphisms are not associated with suicide attempts in alcohol-dependant individuals. *Addiction Biology*, *10* (3), 269-273.

Korchagina, G., Grinenko, A. & Vassiliev, N. (2003). Alcohol and suicidal behaviour in patients with depressive disorders: implications for the local level. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, *20* (English supplement), 139-140.

Levy, J.C. & Deykin, E.Y. (1989). Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence, The *American Journal of Psychiatry*, *146* (11), 1462-1467.

Makela, P. (1996). Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991, *Addiction*, *91* (1), 1001-1012.

Malone, K.M., Waternaux, C., Haas, G.L., Cooper, T.B., Li, S. & Mann, J.J. (2003). Cigarette smoking, suicide behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry, 160* (4), 773-779.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Masuric, A., Mehlum, L., Paton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schnmidtke, A., Schaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P. & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies. A systematic review. *The Journal of the American Medical Association, 294* (16), 2064-2074.

Marquet, R.L., Bartelds, A.I.M., Kerkhof, A.J.F.M., Schellevis, F.G. & van der Zee, J. (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Family Practice, 6* (45), 1-7.

Marzuk, P.M., Tardiff, K. & Leon, A.C. (1992). Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one-year period, *The American Journal of Psychiatry*, *149* (3), 371-375.

Mason, B.J., Kocsis, J.H., Ritvo, C.E. & Cutler, R.B. (1996). A double-blind placebo-controlled trial of desipramine for primary alcohol dependence stratified on the presence or absence of major depression. *The Journal of the American Medical Association, 275* (10*),* 761-767.

McCloud, A., Barnaby, B., Omu, N., Drummond, C. & Aboud, A. (2004). Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: in-patient prevalence study. *British Journal of Psychiatry, 184*, 439-445.

Mc Grath, P.J., Nunes, E.V., Stewart, J.W., Goldman, D., Agosti, V., Ocepek-Wilkson, K & Quitkin, F.M. (1996). Imipramine treatment of alcoholics with major depression: a placebo-controlled clinical trial. *Archives of General Psychiatry, 53* (3*),* 232-240.

Mezzich, A.C., Giancola, P.R., Tarter R.E., Lu, S., Parks, S.M. & Barrett, C.M. (1997). Violence, Suicidality and Alcohol/Drug Use Involvement in Adolescent Females with a Psychoactive Substance Disorder and Controls, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21* (7), 1300-1307.

Miller, N.S.& Gold, M.S. (1991). Suicide in alcoholism and drug addiction, In: N.S. Miller & M.S. Gold: *Alcohol* (pp. 207-219). New York: Plenium Medical Book Company.

Mills, K.L., Teesson, M., Darke, S., Ross, J. & Lynskey, M. (2004). Young people with heroin dependence: findings from the Australian treatment outcome study (ATOS), *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2004, *27* (1), 67-73.

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (2002). *Gezondheidsindicatoren – Statistiek van de doodsoorzaken 2002*. Opgehaald op 4 december 2006 van www.wvc.vlaanderen.be/ gezondheidsindicatoren.

Murphy, G.E. (1992). *Suicide in Alcoholism*. New York/Oxford: Oxford University Press.

Neale, J. (2000). Suicidal intent in non-fatal illicit drug overdose, *Addiction*, *95* (1), 85-93.

Nemtsov, A. (2003). Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999. *Drug and Alcohol Dependence, 71* (2), *161-168*.

Nicholls P., Edwards, G. & Kyle E. (1974). A study of alcoholics admitted to four hospitals in England: II. General and cause-specific mortality during follow-up. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, *35* (3), 841-855.

Norstrom, T. (1995) Alcohol and suicide: a comparitive analysis of France and Sweden, *Addiction*, *90* (11), 1463-1469.

Nutting, P.A., Dickinson, L.M., Rubenstein, L.V., Keeley, R.D., Smith, J.L. & Elliott, C.E. (2005). Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. *Annals of Family Medicine*, *3* (6), 529-536.

O'Boyle, M. & Brandon, E.A.A. (1998). Suicide attempts, substance abuse and personality, *Journal of Substance Abuse Treatment*, *15* (4), 353-356.

Pirkola, S.P., Marttunen, M.J., Henriksson, M.M., Isometsa, E.T., Heikkinen, M.E. & Lonnqvist, J.K. (1999). Alcohol-related problems among adolescent suicides in Finland. *Alcohol & Alcoholism*, *34* (3), 320-329.

Pirkola, S.P., Isometsa, E.T., Heikkinen, M.E. & Lonnqvist, J.K. (2000). Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol & Alcoholism*, *35* (1), 70-75.

Pirkola, S., Sohlman, B. & Wahlbeck, K. (2005). The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalization – a nationwide register study. *BMC Psychiatry, 5* (32), 1-5.

Portzky, G., Audenaert, K. & van Heeringen, K. (2005). Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40* (11), 922-930.

Powell, B.J., Campbell, J.L., Landon, J.F, Liskow, B.I., Thomes, H.M., Nickel, E.J., Dale, T.M., Penick, E.D., Samuelson, S.D. & Lacoursiere, R.B. (1995). A double-blind placebo-controlled study of nortriptyline and bromocriptine in male alcoholics subtyped by comorbid psychiatric disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 19* (2), 462-468.

Preuss, U.W., Schuckit, M.A., Smith, T.L., Danko, G.P., Buckman, K., Bierut, L., Bucholz, K.K., Hesselbrock, M.N., Hesselbrock, V.M. & Reich, T. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *26* (4), 471-477.

Preuss, U.W., Schuckit, M.A., Smith, T.L., Danko, G.P., Bucholz, K.K., Hesselbrock, M.N., Hesselbrock, V. & Kramer, J.R. (2003). Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *American Journal of Psychiatry*, *160* (1), 56-63.

Pridemore, W.A. & Chamlin, M.B. (2006). A time-series analysis of the impact of heavy drinking on homicide and suicide mortality in Russia, 1956-2002, *Addiction*, *101* (12), 1719-1729.

Putnins, A.L. (1995). Recent drug use and suicidal behaviour among young offenders, *Drug and Alcohol Review*, *14* (2), 151-158.

Ramstedt, M. (2001). Alcohol and suicide in 14 European countries, *Addiction*, *96* (1), 59-75.

Ramstedt, M. (2005). Alcohol and suicide at the population level – the Canadian experience. *Drug and Alcohol Review*, *24* (3), 203-208.

Ravndal, E. & Vaglum, P. (1999). Overdose and suicide attempts: different relations to psychopathology and substance abuse? A 5-year prospective study of drug abusers, *European Addiction Research*, *5* (2), 63-70.

Reyserhove E., De Munck, S., Portzky, G., van Heeringen, K. (2002). Suïcidepogingen in Vlaanderen in 2001 en 2002. In H. Cloots, P. Hooft & H. Smets (eds.), *Gezondheidsindicatoren 2001-2002* (pp. 152-156). Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

Rossow, I. (1994) Suicide among drug addicts in Norway, *Addiction*, *89* (12), 1667-1673.

Rossow, I., Romelsjo A. & Leifman H. (1999). Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide, *Addiction, 94* (8), 1199-1207.

Rossow, I. & Lauritzen, G. (2001). Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts? *Addiction*, *96* (2), 227-240.

Rossow, I., Groholt, B. & Wichstrom, L. (2005). Intoxicants and suicidal behaviour among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002. *Addiction*, *100* (1), 79-88.

Roy, A. & Linnoila, M. (1986). Alcoholism and suicide, *Suicide life threat behavior, 16* (2), 162-191.

Roy, A. (1993). Risk Factors for Suicide among Adult Alcoholics, *Alcohol World and Health Research, 17* (2), 133-136.

Roy, A. (1998). Placebo-controlled study of sertraline in depressed recently abstinent alcoholics. *Biological Psychiatry, 44* (7), 633-637.

Roy, A. (2001). Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide, *American Journal of Psychiatry*, *158* (8), 1215-1219.

Saxon, S., Kuncel E. & Kaufman E. (1978). Life events leading tot suicide in drug abusers. In A Schecter (ed.), *Drug dependence and Alcoholism, Volume 2: Social and Behavioral Issues*, (pp. 769-777). New York:, Plennum Press.

Sher, L., Oquendo, M.A., Galfalvy, H.C., Grunebaum, M.F., Burke, A.K., Zalsman, G. & Mann, J.J. (2005). The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addictive Behaviors, 30* (6), 1144-1153.

Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *QJM : Monthly Journal of the Association of Physicians*, *99* (1), 57-61.

Spirito, A., Mehlenbeck, R., Barnett, N., Lewander, W. & Voss, A. (2003). The relation of mod and behavior to alcohol use in adolescent suicide attempters. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, *12* (4), 35-53.

Tarter, R.E., Kirisci, L., Reynolds, M. & Mezzich, A. (2004). Neurobehavior disinhibition in childhood predicts suicide potential and substance use disorder by young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence, 76* (1-suppl.), 45-52.

Thase, M.E., Salloum, I.M., Cornelius, J.R. (2001). Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. *The Journal of Clinical Psychiatry, 62* (20-suppl.), 32-41.

Tiet, Q.Q., Ilgen, M.A., Byrnes, H.F. & Moos, R.H. (2006). Suicide attempts among substance use disorder patients: an initial step toward a decision tree for suicide management. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *30* (6), 998-1005.

Tondo, L. & Baldessarini, R.J. (2000). Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry, 61* (9-suppl.), 97-104.

Torikka, A., Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., Rimpelä, A., Rantanen, P. & Rimpelä, M. (2002). Drinking, other substance use and suicidal ideation in middle adolescence: a population study. *Journal of Substance Use, 7* (4), 237-243.

Toros, F. Bilgin, N.G., Sasmaz, T., Bugdayci, R. & Camdeviren, H. (2004). Suicide attempts and risk factors among children and adolescents. *Yonsei Medical Journal, 45* (3), 367-374.

Trammel, R.L., Kurpius, S.E. & Metha, A. (1998). Suicide and substance abuse among student teachers, *Journal of Alcohol and Drug Education*, *43* (2), 64-74.

Underwood, M.D., Mann, J.J. & Arango, V. (2004). Serotonergic and noradrenergic neurobiology of alcoholic suicide. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28* (5-suppl.), 57-69.

Van Casteren, V., Van der Veken, J., Tafforeau, J. & Van Oyen, H. (1993). Suicide and attempted suicide reported bij general practitioners in Belgium, 1990-1991, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 451-455.

van Heeringen, C. & Reyserhove, E. (2002). De epidemiologie van zelfmoordpogingen in de regio Groot Gent in 2000. In: H. Cloots, P. Hooft & H. Smets, *Gezondheidsindicatoren 2000 – 2001* (pp. 174-177). Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

van Heeringen, C. & Marusic, A. (2003). Understanding the suicidal brain. *British Journal of Psychiatry*, 183, 282-284.

Värnik, A., Kolves, K., Väli, M., Tooding, L.-M. & Wasserman, D. (2006). *Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? Addiction, 102* (2), 251-256.

Waern, M. (2003). Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. *Alcohol and Alcoholism, 38* (3), 249-254.

WHO – World Health Organization (2003). *World Health Report 2003: Shaping the Future*. Geneva: World Health Organization.

WHO – World Health Organization (2007). *Mental health and substance abuse. Facts and figures. Suicide prevention: emerging from darkness.* Opgehaald op 31 januari 2007 van http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567_6745.htm.

Wilcox, H.C. & Anthony, J.C. (2004). The development of suicide ideation and attempts: an epidemiologic study of first graders followed into young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence, 76* (7-supplement), 53-67.

Wilcox, H.C., Conner, K.R. & Caine, E.D. (2004). Association of alcohol and drug disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence, 76* (7-supplement), 11-19.

Wild, L.G., Flischer, A.J., Bhana, A. & Lombard, C. (2004). Substance abuse, suicidability, and self-esteem in south African adolescents. *Journal of Drug Education, 34* (1), 1-17.

Wilke, D.J. (2004). Predicting suicide ideation for substance users: the role of self-esteem, abstinence, and attendance at 12-step meetings. *Addiction Research and Theory, 12* (3), 231-240.

Wilsnack, S.C., Wilsnack, R.W., Kristjanson, A.F., Vogeltanz-Holm, N.D. & Windle, M. (2004). Alcohol use and suicidal behavior in women: longitudinal patterns in a U.S. national sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28* (5-suppl.), 38-47.

Wines, J.D. jr., Saitz, R., Horton, N.J., Lloyd-Travaglini, C. & Samet, J.H. (2004). Suicidal behavior, drug use and depressive symptoms after detoxification: a 2-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence, 76* (7-supplement), 21-29.

Zinberg, N.E. (1984). *Drug, set and setting: the bases for controlled intoxicant use.* New Haven: Yale University Press.

Bijlage 1: uittreksel uit Het Volksgeluk (augustus 1891)

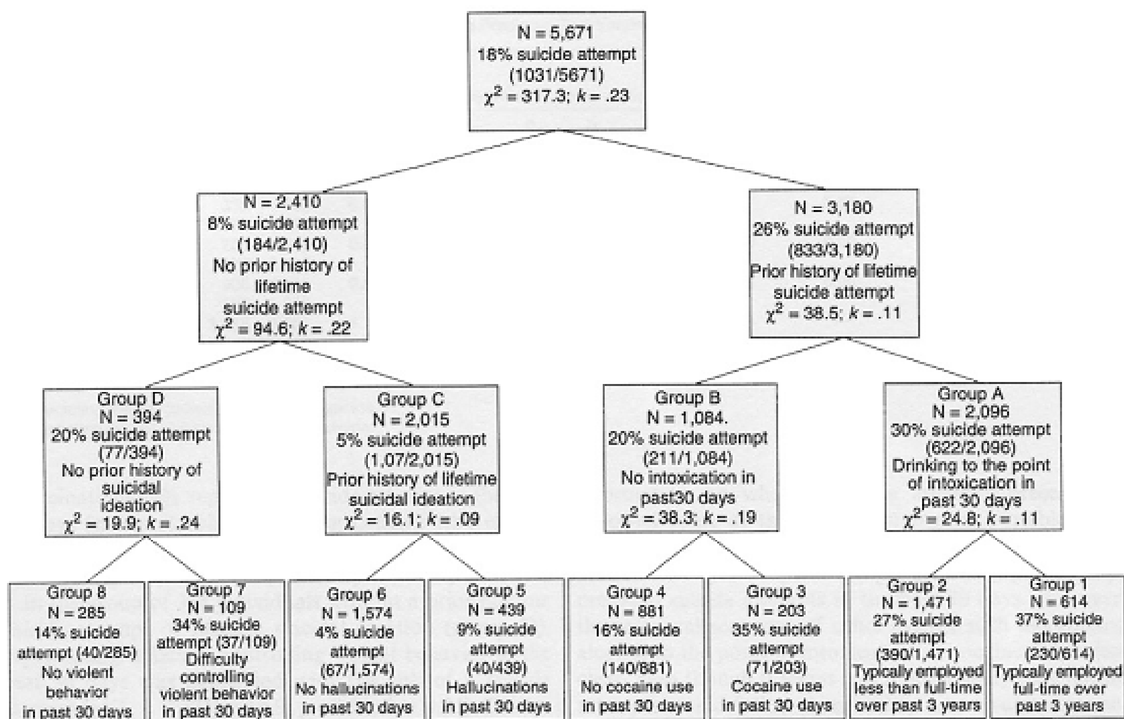


IJSELIJK DRAMA TE BRUSSEL

1. De dronkaard loopt de geneverkroegen af. — 2. Hij wil zich verhangen. — 3. Zijne kinderen wekken hem op uit zijnen slaap. — 4. Hij springt door het venster van eene hoogte van 17 meters. — 5. Zijn ontzettend lijden en schromelijke dood.

Bijlage 2: beslissingsboom van Tiet et al. (2006)

Om uit te maken hoe de suïcidaliteit bij patiënten met problematisch middelengebruik best aan te pakken is, kan het empirische model van Tiet et al. (2006) nuttig zijn. Deze onderzoekers creëerden een beslissingsboom voor een gerichte aanpak van het suïcidebeeld bij suïcidale patiënten met problematisch middelengebruik (zie grafiek). De boomstructuur geeft aan welk verhoogd risico elke combinatie van aan suïcide gelieerde kenmerken inhoudt. Op basis daarvan kan worden ingeschat welk model wordt toegepast in de behandeling van de patiënten. De methode doet wat denken aan de determinatietabellen, zoals die in de biologie vaak worden toegepast. Alleen is het hier niet de bedoeling om iemand concreet te benoemen maar wel om een suïciderisico in te schatten.



Als er bv. voor het 20%-model wordt geopteerd, gaat de aandacht uit naar subgroepen die meer dan 20% kans hebben op suïcidale pogingen in de laatste 30 dagen. In dit model zijn dat vier subgroepen, met de specifieke combinatie van volgende risicokenmerken:

- subgroep 1: voorgaande geschiedenis van suïcidepogingen + in de laatste 30 dagen alcoholintoxicatie gekend + voltijds tewerkgesteld gedurende minstens 3 jaar
- subgroep 2: voorgaande geschiedenis van suïcidepogingen + in de laatste 30 dagen alcoholintoxicatie gekend + deeltijds tewerkgesteld gedurende minstens 3 jaar
- subgroep 3: voorgaande geschiedenis van suïcidepogingen + in de laatste 30 dagen geen alcoholintoxicatie gekend + cocaïnegebruik in de laatste 30 dagen
- subgroep 7: geen voorgaande geschiedenis van suïcidepogingen + geen voorgaande geschiedenis van suïcidale gedachten + gebrekkige controle van gewelddadig gedrag in de laatste 30 dagen.

Aan de hand van deze keuze (20%-norm) is het aangeraden om eerst de voorgeschiedenis van suïcidale pogingen bij de patiënt te achterhalen om dan, al naargelang de uitkomst, de volgende kenmerken te bevragen. In de groep patiënten met suïcidale gedachten die geen voorgeschiedenis van suïcidale pogingen of suïcidale ideatie vertonen, kunnen diegenen die tijdens de laatste 30 maanden uiting gaven van niet-controleerbaar gewelddadig gedrag hoe dan ook aanzien worden als hoog risicovol voor suïcide, enzovoort…

Hoe lager men de %-drempel stelt, hoe adequater de suïciderisico's kunnen worden aangepakt, maar ook hoe zwaarder de investering vanuit de klinische setting. Een kosten-baten-afweging is dus raadzaam.

APPENDIX:

Suïcide in de verslavingszorg
Richtlijn voor preventie, handelen na suïcide en nazorg voor hulpverleners

M. de Jong *
C.A.J. de Jong *

* Novadic, netwerk voor verslavingszorg
Schijndelseweg 46, 4591 TB Sint Oedenrode
Tel 04134 85858, email: cor.de.jong@novadic-kentron.nl

* Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA)
Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen e-mail: c.dejong@acsw.ru.nl

Inhoudsopgave

Voorwoord

Iedereen die werkt in de verslavingszorg weet dat verslaafd zijn een aanzienlijk gezondheidsrisico met zich meebrengt. Verslaafde patiënten hebben door het gebruik van middelen vaak lichamelijke aandoeningen die de levensverwachting verminderen. Niet zelden hebben ze ook psychiatrische stoornissen die bijdragen tot de hoge morbiditeit en mortaliteit.

Het onbedoeld overlijden en de zelf gekozen dood zijn vaak verhuld in de mortaliteitsgegevens van verslaafde patiënten. In ieder geval levert het overlijden van een patiënt, bedoeld of onbedoeld, een dramatisch einde van het leven van de patiënt en van de therapeutische relatie. Een einde dat niet verhuld moet blijven.

In deze richtlijn wordt eerst aan de hand van een korte literatuurstudie de prevalentie van suïcidepogingen en suïcides bij patiënten met stoornissen door gebruik van psychoactieve stoffen besproken (Hfdst 1). De preventie van suïcidepogingen en suïcides in de klinische praktijk komt daarna aan bod (Hfdst 4). Vervolgens wordt een handvat gegeven voor het handelen na een suïcidepoging of een suïcide (Hfdst 5). Hierna wordt aandacht besteed aan de impact van een suïcide op hulpverleners (Hfdst 6). Suïcidaliteit speelt zich af tegen de achtergrond van complexe problemen en is daarmee zelf complex. Een richtlijn die alle problemen in deze oplost is daarom een illusie. Wel biedt deze richtlijn een houvast bij het inschatten van het suïciderisico en het handelen na een suïcidepoging of suïcide. De richtlijn is er om het aantal suïcides in de verslavingszorg zover mogelijk terug te dringen, maar ook om situaties waarin zich suïcides hebben voorgedaan professioneel aan te pakken.

De eerste aanzet voor de richtlijn is geschreven vanwege suïcides in de intramurale behandelingssetting. Later is de richtlijn aangepast, zodat ze ook in de ambulante setting kan worden gebruikt.

Het initiatief voor het schrijven van deze richtlijn is genomen tijdens een van de laatste bijeenkomsten van de Regiegroep Richtlijnontwikkeling in het kader van het schrijven van de Richtlijn 'Gedwongen Ontslag'. In de Regiegroep participeren het Platform 1e geneeskundige in de verslavingszorg, Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, sectie verslaving, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde, Vereniging Verslavingsgeneeskunde Nederland.

Het opstellen van een richtlijn is de eerste stap in het toepassen van practice-based of evidence-based interventies. De voorwaarden voor het daadwerkelijk toepassen is dat er een implementatieplan wordt opgesteld en uitgevoerd. We stellen voor dat de richtlijn zoals die er nu is wordt beproefd in de praktijk en dat de Regiegroep na een jaar evalueert hoe de toepassing is verlopen. Dan kan er duidelijkheid komen over de nodige bevoegdheden en bekwaamheden van medewerkers om verschillende stappen uit de richtlijn toe te passen en de noodzakelijke deskundigheidsbevordering daartoe.

Namens de Regiegroep

Marieke de Jong, arts
Cor de Jong, hoogleraar Verslaving en Verslavingszorg
Maart 2006

1. Prevalentie van suïcidepogingen en suïcides in de verslavingszorg

In de Nederlandse bevolking ondernemen naar schatting per jaar 140 per 100.000 vrouwen en 85 per 100.000 mannen een suïcidepoging.[1] Vrouwen doen vaker een suïcidepoging, mannen voeren vaker een suïcide uit.[2] Suïcidepogingen komen vaker voor onder gescheiden mensen, werklozen, laag opgeleiden en mensen met een psychiatrische voorgeschiedenis. Het betreft voornamelijk jonge mensen tussen de 15 en 44 jaar. Na de eerste suïcidepoging volgt bij 40% van de mensen een recidief. De kans op een recidief is het grootst in de eerste drie maanden na medische behandeling als gevolg van een suïcidepoging. Op termijn overlijdt 10% van de patiënten aan een nieuwe suïcidepoging.[1]

Verslaving is een chronische ziekte met hoge morbiditeit en hoge mortaliteit. Eén van de oorzaken hiervan is suïcide. In Nederland zijn geen gegevens bekend over de exacte prevalentie van bedoeld of onbedoeld overlijden (suïcide of overdosering) bij verslaafde patiënten. Aanwezigheid van alcohol- en drugafhankelijkheid geeft een verhoogd risico op suïcidaal gedrag, voornamelijk bij patiënten met ernstige stemmingsstoornissen. Het is moeilijk om verslavingsgedrag, dat onder andere leidt tot destructief gedrag en roekeloosheid, af te grenzen van suïcidaliteit. Suïcide komt slechts zelden voor in afwezigheid van psychiatrische problematiek.[3] Suïcidepogingen en suïcides worden multifactorieel bepaald, belangrijke determinanten zijn afhankelijkheid van psychoactieve stoffen, psychiatrische stoornissen, persoonskenmerken en omgevingsfactoren.

Afhankelijkheid van psychoactieve stoffen

Uit wereldwijd uitgevoerde psychologische autopsieonderzoeken blijkt dat alcoholisme en misbruik van middelen een belangrijke rol spelen in 15 tot 27% van alle suïcides.[3] Middelenmisbruik in het algemeen wordt geassocieerd met een 7,5-voudig verhoogd risico op suïcide,dit blijkt uit een onderzoek bij meer dan 500.000 Amerikaanse militaire veteranen.[4]
Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid vormen een risicofactor voor suïcidaal gedrag. Het aantal suïcidepogingen bij patiënten afhankelijk van alcohol ligt tussen 13 tot 50%. 5 à 8% van de alcoholafhankelijke patiënten overlijdt door suïcide[4-6], dit is 7 tot 20 keer hoger dan in de algemene populatie.[4] Aanwezigheid van alcoholafhankelijkheid draagt bij aan 20 tot 35% van het totale aantal suïcides.[7]
Enigszins verrassend is de relatie tussen roken en suïcidaal gedrag, voornamelijk van suïcides bij volwassenen op middelbare leeftijd en suïcidepogingen bij vrouwen. Uit een epidemiologische studie onder 100.000 vrouwen blijkt dat de kans op suïcide verdubbeld is bij het roken van 1 tot 24 sigaretten per dag en een viervoudige toename bij consumptie van 25 of meer sigaretten per dag.[4] Breslau e.a.[8] concluderen dat het dagelijks roken van sigaretten een voorspellende waarde heeft voor het optreden van suïcidale gedachten en suïcidepogingen. Deze relatie is onafhankelijk van de aanwezigheid van een depressie of afhankelijkheid van alcohol of drugs.
Cocaïnemisbruik en –afhankelijkheid zijn ook geassocieerd met een toename van suïcidepogingen en suïcides, vooral bij adolescenten. In een studie bij 749 patiënten in New York werd in 18 tot 25% van de gevallen cocaïnegebruik gezien bij post-mortem analyse na suïcides.[4 9] In een andere studie uit de Verenigde Staten wordt een percentage van 10% cocaïnegebruik bij suïcides gerapporteerd.[10] Cocaïnegebruik leidt vaker tot suïcidale gedachten dan andere psychoactieve stoffen.[11] De sterkste associatie tussen suïcidaliteit en middelenmisbruik bestaat bij cocaïnegebruikers.[12] Cocaïnemisbruik bij depressieve alcoholverslaafde patiënten leidt tot een verhoogde prevalentie van suïcidaal gedrag en suïcidale gedachten.[13]
Patiënten die afhankelijk zijn van opiaten ondernemen 14 keer vaker een suïcide dan mensen uit de algemene bevolking. In deze groep is het echter moeilijk onderscheid te maken tussen een fatale overdosis zonder suïcidale intentie of een geplande suïcide.[4] Associaties tussen suïcidaal gedrag en misbruik van andere psychoactieve stoffen, zoals cannabis, amfetaminen en hallucinogenen, zijn onzeker en onvoldoende onderzocht om hier verdere uitspraken over te doen.[4] Pathologisch gokken leidt tot een hoog aantal suïcidepogingen en is geassocieerd met impulsief gedrag, psychiatrische comorbiditeit en sociale problemen. Deze combinatie van risicofactoren lijkt bij te dragen aan de toename van het suïcidaal gedrag.[14]

Psychiatrische comorbiditeit

Psychiatrische en persoonlijkheidsstoornissen op zichzelf leiden tot een verhoogd suïciderisico.[15] Depressie en middelenmisbruik zijn de meest belangrijke risicofactoren voor suïcides in alle leeftijdsgroepen.[4] In ongeveer 90% van alle suïcidegevallen is er sprake van een psychiatrische stoornis, [16 17] en in meer dan 80% van de gevallen is deze stoornis onbehandeld

op het moment van overlijden.[18] Het is moeilijk een onderscheid te maken tussen de bijdrage van stemmingsstoornissen en van middelenmisbruik aan suïcidaal gedrag. Middelenmisbruik kan enerzijds een onafhankelijk variabele zijn of anderzijds een symptomatisch gevolg van een primaire stemmingsstoornis, zoals bij zelfmedicatie.[4] Depressie is de belangrijkste risicofactor voor suïcide[1], met name als dit gepaard gaat met ernstige wanhoop. In veel gevallen blijft een depressie ongediagnosticeerd en onbehandeld, zelfs na een suïcidepoging. [3 18]
Stemmingsstoornissen, depressies en bipolaire stoornissen zijn geassocieerd met 60% van de suïcides.[18] Uit onderzoek van Tondo et al[4] blijkt dat een depressieve stemming en middelenmisbruik sterk geassocieerd zijn met suïcidaliteit. De kans op suïcidebij patiënten met stemmingsstoornissen met als comorbiditeit middelenmisbruik is twee keer zo groot. Dit suggereert dat de aanwezigheid van middelenmisbruik leidt tot een aanvullend risico. Goldberg et al[2] ondersteunt de opvatting dat misbruik van alcohol en andere psychoactieve stoffen een sterk, onafhankelijk effect heeft op suïcidaliteit, los staand van stemmingsstoornissen.
Het doormaken van meerdere depressieve periodes heeft een negatieve invloed op de prognose, vermindert de kans op therapierespons en verhoogt het risico op demoralisatie en hopeloosheid. Deze factoren dragen bij tot een toename van het suïciderisico.[2] Psychosociale aspecten van middelenmisbruik die relevant zijn voor het risico van een suïcide zijn vergrote impact van persoonlijk verlies, slechte coping bij negatieve gebeurtenissen en affectieve disregulatie.[2] Misbruik van alcohol en andere psychoactieve stoffen kan leiden tot een vermindering van het functioneren en een toename van de ernst van affectieve stoornissen. Deze consequenties kunnen een groter gevoel van hopeloosheid en toegenomen kwetsbaarheid voor suïcide tot gevolg hebben.[2] Depressies bij patiënten met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen kunnen worden geclassificeerd naar tijdstip van ontstaan: voor afhankelijkheid, tijdens abstinentie of tijdens periodes van gebruik van psychoactieve stoffen. Deze drie typen van depressies verhogen het risico op een suïcidepoging. Een depressie aanwezig vóór afhankelijkheid van psychoactieve stoffen voorspelt de ernst van de suïcide-intentie. Depressies tijdens abstinentie hebben een voorspellende waarde voor het aantal suïcidepogingen.[19] Bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis zijn er twee momenten waarop het suïcidegevaar het grootst is. Dit risico treedt op in de eerste week na opname en in de eerste week na ontslag. Het risico is met name hoog bij patiënten met affectieve stoornissen en een korte opnameduur. Het suïcidegevaar bij patiënten met affectieve stoornissen en schizofrene stoornissen vermindert snel bij adequate behandeling. Bij alcoholafhankelijke patiënten gaat dit herstel langzamer en blijft het risico op suïcide veel langer bestaan.[20] Uit onderzoek van Motto en Bostrom[21] blijkt dat systematisch contact houden met patiënten die vervolgbehandeling weigeren in de eerste 2 jaar na een behandeling leidt tot een vermindering van het aantal suïcides. Na 2 jaar is er echter geen positief effect meer waarneembaar.

Persoonlijkheidskenmerken en omgevingsfactoren
Er zijn een aantal persoonlijkheidseigenschappen die de kwetsbaarheid voor suïcide verhogen, doordat zij gevoelens van hopeloosheid versterken, namelijk impulsiviteit en agressie, dichotoom denken, rigiditeit en een gebrekkig oplossend vermogen.[1 3]
Impulsiviteit blijkt een belangrijke rol te spelen in zowel suïcidaliteit als middelenmisbruik.[2] Veel suïcidaal gedrag is nogal impulsief. Suïcidepogingen zijn meestal niet gepland, maar gebeuren plotseling.[3] Een hoge mate van het vooraf beramen van een suïcidepoging heeft een sterk voorspellende waarde voor het slagen van een suïcide.[2] Roy[22-24] heeft in verschillende studies gekeken naar de kenmerken van patiënten die afhankelijk zijn van opiaten of cocaïne en onderscheid gemaakt tussen het wel of niet hebben ondernomen van een suïcidepoging. De patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan, hebben vaker het vrouwelijke geslacht, een familie-anamnese met suïcidaal gedrag en traumatische ervaringen op kinderleeftijd. Introverte, neurotische en psychotische kenmerken komen frequenter voor in deze groep. Ze hebben ook meer comorbiditeit met alcoholafhankelijkheid, depressies en lichamelijke aandoeningen. Risicofactoren voor suïcidepogingen bij patiënten afhankelijk van alcohol zijn eerdere suïcidepogingen, jonge leeftijd, gescheiden, afhankelijkheid van andere psychoactieve stoffen, psychiatrische stoornissen geïnduceerd door middelenmisbruik en ernstige alcoholafhankelijkheid.[6] Suïcides komen daarentegen vaker voor bij ouderen met langdurige alcoholafhankelijkheid die veel problemen in de directe leefomgeving hebben en onlangs de laatst overgebleven dierbare hebben verloren.[25] Garlow[10] heeft onderzoek gedaan naar verschil in leeftijd, geslacht en etniciteit bij personen die alcohol of cocaïne hebben gebruikt voorafgaande aan de suïcide. Cocaïnegebruik voorafgaande aan de suïcide wordt bijna alleen gezien bij mannen tussen de 21 en 50 jaar en vooral bij Afrikaanse Amerikanen. Alcoholgebruik wordt gevonden bij eenderde van de blanke patiënten onafhankelijk van leeftijd of geslacht en bij 20% van de Afrikaanse patiënten. Het middelenmisbruik bij tieners verschilt enorm per

etniciteit. Het merendeel van de Afrikaans-Amerikaanse jongeren gebruikt geen alcohol of cocaïne voorafgaande aan de suïcide. Terwijl de helft van de blanke tieners alcohol en/of cocaïne heeft gebruikt voor het plegen van de suïcide. Hoe dit zit in Nederland weten we niet, maar gezien de complexiteit van onze maatschappij zijn differentiële effecten ook hier wel te verwachten. In de studie van Cottler e.a.[12] is onderzoek gedaan naar suïcidale gedachten bij patiënten die afhankelijk zijn van psychoactieve middelen. Er is een onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Mannen en vrouwen met suïcidale gedachten hebben vaker een depressieve stemming, een antisociale persoonlijkheidsstoornis en alcoholafhankelijkheid en voldoen vaker aan de criteria van een depressie dan patiënten zonder suïcidale gedachten. Mannen met suïcidale gedachten zijn vaker afhankelijk van cocaïne dan mannen zonder suïcidale gedachten. Alcoholafhankelijkheid, antisociale persoonlijkheidsstoornissen en het aantal criteria van een depressie hebben een voorspellende waarde voor suïcidale gedachten bij mannen. Bij vrouwen zijn een oudere leeftijd, gehuwde status, alcoholafhankelijkheid en het aantal criteria van depressieve stoornissen van voorspellende waarde voor suïcidale gedachten.
In het algemeen is de problematiek van verslaafde patiënten complex. De complexiteit wordt ook zichtbaar in de therapeutische relatie, zowel die van korte als lange duur (bijvoorbeeld: crisisinterventie respectievelijk langdurige begeleiding of psychotherapie). Overdracht en tegenoverdracht zetten de therapeutische relatie onder druk en kunnen bijdragen aan een verhoging van het risico voor suïcidepogingen of suïcide.[26] Verandering van hulpverlener en zorginstelling kan een verhoogd suïciderisico met zich meebrengen.
Het is belangrijk rekening te houden met de culturele en religieuze achtergrond van de patiënt en diens familieleden bij het bespreken van de suïcidepoging of de suïcide.

Geconcludeerd wordt dat afhankelijkheid van psychoactieve stoffen en co-morbiditeit met andere psychiatrische stoornissen, met name ernstige depressies, belangrijke risico's vormen voor suïcidaal gedrag, suïcidepogingen en suïcides. Het valt buiten het bestek van het doel van deze richtlijn een samenhangend model op te stellen voor het optreden van suïcidepogingen en suïcides bij verslaafde patiënten. Adequate behandeling van afhankelijkheid van psychoactieve stoffen en psychiatrische comorbiditeit vormen een essentieel onderdeel van de preventie van suïcidepogingen en suïcides.

Veel voorkomende misverstanden:

'Suïcidaliteit als schreeuw om aandacht, moet je niet belonen.'
'Mensen die over suïcide spreken, plegen geen suïcide.'

2. Doel van de richtlijn

Het algemene doel van de richtlijn is hulpverleners in de verslavingszorg een handreiking te bieden hoe zij professioneel om kunnen gaan met suïcidaliteit en suïcide. Meer toegespitst krijgen hulpverleners handvatten waarmee ze:

- inzicht kunnen krijgen in het belang van preventie van suïcidepogingen en suïcides;
- inzicht kunnen krijgen in de impact van een suïcidepoging of een suïcide op hulpverleners;
- goede nazorg kunnen krijgen als ze betrokken zijn bij een suïcidepoging of suïcide;
- kennis nemen over wat gedaan moet worden bij suïcidepogingen en suïcides;
- preventief kunnen handelen ter voorkoming van een suïcidepoging of een suïcide bij patiënten die afhankelijk zijn van psychoactieve middelen;
- praktisch en zorgvuldig kunnen handelen bij suïcidegevaar, na een suïcidepoging of na een suïcide.

3. Begrippenlijst en afkortingen

AMW	algemeen maatschappelijk werk
Balanssuïcide	zelfdoding waarbij de betrokkene bewust, zonder depressief te zijn, tot de conclusie komt dat de toestand waarin hij/zij zich bevindt hopeloos is en dat uitzicht op verbetering ontbreekt
Behandelingsverantwoordelijke	term voor diverse functiebenamingen zoals zorg-coördinator, behandelcoördinator, verantwoordelijke behandelaar. Deze persoon is direct betrokken bij de behandeling van de patiënt.
Hulpverlener	A. BIG-geregistreerden: verpleegkundigen, psychologen, artsen en psychiaters B. Niet-BIG-geregistreerden: maatschappelijk werkers en sociaal pedagogische hulpverleners
Lijnfunctionaris	een in de hiërarchische lijn taakverantwoordelijke medewerker die meestal niet direct meewerkt in de dagelijkse zorg/begeleiding voor de patiënt. In de verslavingszorg bestaan hiervoor de volgende termen: lijnmanager, clustermanager, unitmanager, teamleider en afdelingshoofd.
Medewerker	persoon werkzaam binnen verslavingszorg die geen hulpverlener is
Onbedoeld overlijden	gedrag met dodelijke afloop als gevolg van door de betrokkene uitgevoerde handelingen zonder verwachting van deze afloop, bijvoorbeeld overlijden door overdosering
Parasuïcidaal gedrag	gedrag lijkend op suïcidaal gedrag zonder intentie tot of gedachten over levensbeëindiging
SIS	Suïcide Intentie Schaal
Suïcidaal gedrag	gedrag zonder dodelijke afloop. Het gedrag is altijd Opzettelijk, maar niet altijd overwogen; de handeling kon impulsief zijn. Patiënt is zich niet altijd bewust van zijn motieven.
Suïcidaliteit	geneigdheid zich in gedachten en/of woorden en/of daden bezig te houden met de eigen levensbeëindiging
Suïcide	gedrag met dodelijke afloop als gevolg van door de betrokken persoon zelf geïnitieerdeen uitgevoerde handelingen. Deze handelingen zijn ondernomen in de verwachting van de afloop.
Suïcidepoging	gedrag zonder dodelijke afloop. Dit gedrag bestaat hieruit dat iemand zichzelf verwondt of een zodanige hoeveelheid van een bepaalde stof inneemt dat de norm van wat algemeen als therapeutisch wordt beschouwd wordt overschreden. Het gedrag wordt door handelend persoon opzettelijk of weloverwogen uitgevoerd. De handelend persoon bedoelt met het gedrag via de feitelijk of mogelijk lichamelijke gevolgen ervan bepaalde gewenste veranderingen te bewerkstelligen.

4. Preventie van suïcidepoging en suïcide

4.1 Achtergrond

In het algemeen is het streven van professionals om een suïcidepoging of een suïcide te voorkomen. Het blijkt echter dat het voorkomen van suïcidepogingen en suïcides niet eenvoudig is. Suïcidepogingen en suïcides zijn in veel gevallen moeilijk te voorspellen. Er zijn wel enkele aandachtspunten die mogelijk een gunstig effect hebben op het voorkomen van suïcide. Het is van belang op de hoogte te zijn van de risicofactoren voor suïcide. Deze risicofactoren (zie stappenplan suicidepreventie[27]) kunnen immers dan pas in kaart worden gebracht waarna aan de hand daarvan eventueel verdere actie kan worden ondernomen.

Een suïcidepoging in de voorgeschiedenis heeft een sterke voorspellende waarde op het risico van een suïcidepoging in de toekomst.[28] Dit blijkt ook uit de studie van Breslau e.a.[8]; de resultaten geven weer dat het risico op suïcidaal gedrag meer dan 5-voudig is na eerder suïcidaal gedrag. Uit neurobiologisch onderzoek blijkt dat een lage waarde van metabolieten van serotonine (= 5-hydroxytryptamine = 5-HT) in de liquor een voorspellende waarde heeft op het ondernemen van een suïcidepoging bij patiënten die al eerder een suïcidepoging hebben gedaan.[2 28] Deze stoornissen in de serotoninestofwisseling leiden tot ontregeling van agressie- en angstregulatie met verhoogd risico op (auto)agressief gedrag. Het medicamenteus ingrijpen in het serotonerge systeem kan de kans op suïcidaal gedrag bij individuen met serotoninedefecten verminderen.[3] Uit een studie bij 224 patiënten die een suïcidepoging hadden ondernomen met follow-up-duur van 12 jaar blijkt dat hoge scores op de 'Beck's Suicidal Intention Scale'[29] de enige voorspellende waarde is voor suïcide na een eerdere suïcidepoging. De mate van hopeloosheid heeft geen voorspellende waarde op het recidiveren van een suïcidepoging.[30]

Bij de preventie van suïcide is het screenen op de aanwezigheid van een ernstige depressie bij patiënten afhankelijk van psychoactieve stoffen van groot belang. Ernstige depressies zijn namelijk een belangrijke risicofactor voor suïcidaal gedrag. Depressies waarbij hopeloosheid op de voorgrond staat, leiden tot een toename van suïcidaliteit. Een overgrote meerderheid van depressieve patiënten die suïcide pleegden, was niet als dusdanig gediagnosticeerd en behandeld.[3] Uit de systematische review van Mann e.a.[18] blijkt dat depressies in veel gevallen niet behandeld worden, ook niet na een suïcidepoging. Het tijdig diagnosticeren en behandelen van depressies speelt daarom een belangrijke rol in het voorkomen van suïcides.[18 31]
Gegevens over specifieke interventies voor suïcidepreventie zijn beperkt. Het gebruik van lithium bij de behandeling van depressies vormt een uitzondering, het blijkt namelijk een gunstig effect te hebben op de preventie van suïcides. Daarnaast bestaat er een matige tot sterke aanwijzing voor een relatie tussen het toegenomen aantal voorgeschreven antidepressiva en de afname van de suïcidegevallen in de bevolking.[31] De serotonerge antidepressiva verminderen het suïcidale gedrag bij depressieve patiënten drastisch.[2] Selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) kunnen helpen om de symptomen van alcoholafhankelijkheid en de depressieve kenmerken te verminderen bij depressieve alcoholisten met suïcidaliteit.[2] In de eerste weken van het gebruik van SSRI's moet de hulpverlener extra alert zijn, omdat in de literatuur beschreven wordt dat bij een kleine groep het risico op suïcide in deze periode licht verhoogd is. De rol van atypische antipsychotica als stemmingsstabilisatoren worden steeds meer onder de aandacht gebracht. Het gebruik van clozapine heeft mogelijk anti-suïcidale effecten.[2] Verder wetenschappelijk onderzoek is nodig naar de gunstige effecten van verschillende medicatie op het verminderen van suïcidaliteit bij patiënten afhankelijk van psychoactieve stoffen. Psychosociale interventies kunnen effectief zijn bij preventie van suïcide. Er zijn echter weinig gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken die verschillende psychosociale behandelingen bestuderen.[31]

Hoge impulsiviteit en lage intentie/voorbereiding komen vaak voor bij individuen met alcoholafhankelijkheid die een suïcidepoging ondernemen. De anti-impulsiviteit en anti- agressie effecten van SSRI's kunnen een rol spelen bij gebruik bij sommige depressieve patiënten waarbij hoge risico's bestaan voor suïcidaliteit en alcoholisme.[2]

Er bestaan duidelijke aanwijzingen dat de meeste individuen die suïcide ondernemen in contact zijn geweest met hulpverleners in de periode voor hun dood.[31] Tot 66% van de patiënten heeft in de maand voorafgaande aan de suïcide nog contact gehad met een arts.[18] Artsen en andere hulpverleners moeten daarom goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden van preventie van

suïcide. Dit geldt ook voor hulpverleners in de verslavingszorg. Hulpverleners moeten daarnaast kennis hebben van de risicofactoren voor suïcide en leren omgaan met het begeleiden van patiënten met een risico op suïcide. Bij het vermoeden van suïcidaliteit moet men hiernaar informeren. Geruststellen is weliswaar vaak de eerste en meest natuurlijke reactie, maar niet altijd de beste. Steun, empathie en goed informeren naar de problemen en twijfels en niet veroordelen of wegwuiven is essentieel.[32] Het onderkennen van de aanwezigheid van een depressie is hier ook van groot belang. Het trainen van artsen/psychiaters heeft een gunstig effect op het aantal gediagnosticeerde en behandelde depressieve patiënten met het bijkomende effect dat het aantal suïcides dalen.[18]

Het verminderen van toegang tot dodelijke methoden, zoals beschikbaarheid van wapens en middelengebruik, restrictie op voorschrijven en verkoop van barbituraten en constructies op plaatsen die een goede mogelijkheid geven om vanaf te springen, leidt tot een afname van het aantal suïcides.[18]

Cornelius e.a.[33] hebben een inventarisatie gedaan naar de ontbrekende informatie over suïcidale gedachten en suïcidaliteit bij alcoholisten. Suïcidaliteit komt veel voor bij alcoholafhankelijkheid. De functie van alcohol lijkt in belangrijke mate op die van suïcidaal gedrag, namelijk het al dan niet tijdelijk veranderen van het bewustzijn van een problematisch leven of een problematische situatie. [3 25] Bij patiënten afhankelijk van psychoactieve middelen spelen externe gebeurtenissen, zoals het verlies van een laatst overgebleven dierbare, een belangrijk risico voor het plegen van suïcides in tegenstelling tot depressieve of niet-afhankelijke patiënten. [25]
Uit onderzoek van Wasserman e.a.[34 35] blijkt dat een restrictief alcoholbeleid kan bijdragen tot het verminderen van het aantal suïcides. In deze onderzoeken is gekeken naar het voorkomen van suïcides voor en na het starten van een restrictieve anti-alcohol campagne door Gorbachev in de voormalige USSR. Na de invoering van dit beleid zijn het aantal suïcides significant afgenomen, zowel bij mannen als vrouwen.

Patiënten die na een opname worden ontslagen moeten in de eerste week na ontslag extra goed gevolgd worden. In deze periode is het risico op suïcide sterk verhoogd bij patiënten die suïcidaal zijn geweest.[36]

4.2 Stappenplan suïcidepreventie

Bij het opstellen van het nu volgende stappenplan is gebruik gemaakt van enkele lokaal opgestelde richtlijnen of protocollen. Ook is gebruik gemaakt van de Richtlijn Verpleegkundige zorg bij suïcidaliteit.[32]
In het stappenplan voor suïcidepreventie[27] zijn drie fasen te onderscheiden, namelijk signalering, verificatie en interventie. Op ieder moment kan iemand, zowel hulpverlener als niet-hulpverlener, signalen van een patiënt opvangen over een mogelijk suïciderisico. Alle hulpverleners moeten in principe in staat zijn om het risico op suïcide te kunnen signaleren en te verifiëren. Er moet gezorgd worden dat hulpverleners hiervoor competent zijn. Als onderdeel van deze competentie moet men beschikken over kennis van psychopathologie en suïcidaliteit en bekwaamheid in het voeren van een gesprek over suïcidaliteit volgens professionele standaarden.
Enkele praktische aanbevelingen bij het voeren van een gesprek om kans op suïcide te beoordelen zijn een open, neutrale houding, investeren in de therapeutische relatie, directe en expliciete vragen, met name van letaliteit van de plannen, hopeloosheid of wanhoop, aandacht voor tegenoverdracht, valideren van het lijden van de patiënt, focus op actuele problemen.[37] In bijlage I worden suggesties gedaan voor het doorvragen bij het vermoeden op of waarnemen van suïcide-ideatie. Op basis hiervan kan de ernst van de overwegingen worden ingeschat. Bij niet-hulpverleners, zoals familieleden, medepatiënten, administratieve medewerkers en medewerkers van de facilitaire dienst, moet er duidelijkheid bestaan over wie zij kunnen aanspreken over signalen van een patiënt met suïcidale gedachten of plannen. De eerste 3 stappen van de interventiefase kunnen worden doorlopen door een daarvoor bevoegde hulpverlener met de bovengenoemde competentie. De verdere interventie ofwel behandeling moet worden uitgevoerd door een psychiater. De hulpverlener moet zich bij iedere stap uit het stappenplan afvragen of zij/hij met deze problematiek kan, mag of wil omgaan en zonodig een psychiater moet inschakelen. Bij twijfel is het altijd verstandig om te overleggen. Tijdens het uitvoeren van het stappenplan moet het eventueel aanwezige behandelplan van de patiënt in ogenschouw worden genomen. Het kan zijn dat het afgesproken beleid met de patiënt afwijkt van het stappenplan. Het is belangrijk om het inschatten van suïcidaliteit regelmatig te herhalen, zeker als de

omstandigheden zijn veranderd. Het suïciderisico kan namelijk sterk fluctueren.[36] Daarna wordt ingegaan op het inschatten van de mate van eigen verantwoordelijkheid en worden een aantal maatregelen opgesomd ter crisisinterventie.

1. Signaleringsfase (risico-indicatoren)	
• Eerder suïcidepoging • Suïcidaal gedrag van familie • Geweldservaring of seksueel misbruik in jeugd • Eerdere opname in psychiatrie • Recent verlies, met name wegvallen van laatst overgebleven vertrouweling (overlijden, scheiding) • Herenigingwens met overledene • Depressieve verschijnselen, met name uiting van wanhoop • Sterke gevoelens van hopeloosheid • Suïcidale gedachten • Suïcideplan • Roekeloos (verslavings)gedrag • Sterk negatief toekomstbeeld, een zwart gat, bedreigde levensdoelen • Persoonskenmerken: impulsiviteit, agressiviteit, dichotoom denken, rigiditeit en gebrekkig oplossend vermogen • Acute gedragsverandering - sociale isolatie - presuïcidaal syndroom (verwaarlozing zelf/planten/dieren, vernietiging van oude herinneringen, weggegeven emotioneel materiaal) - afnemende weerbaarheid • Een of meerdere van bovenstaande punten in combinatie met (overmatig) gebruik van psychoactieve middelen	
2. Verificatiefase	
Inschatting van risico op suïcidaliteit	Nee → reguliere behandeling Twijfel → verwijzing en zie interventiefase Ja → zie interventiefase
3. Interventiefase	
Kan/wil/mag je omgaan met zelfdodingsproblemen?	Nee → verwijzen naar … Ja → vervolg protocol
I. Maak expliciet bespreekbaar	Suïcidaal gedrag Bedoeling van suïcide Aanleidingen van suïcide
II. Schat suïcide gevaar in Hulpmiddelen zijn:	Nijmeegse Suïcide Predictie Questionnaire Verkorte Suïcide risicoschaal van Pallis Suicide Risk Assessment van Motto
III. Schat overlijdensrisico in Hulpmiddel is:	Suïcide intentieschaal van Beck (zie bijlage II)
IV. Interventies	

4.3 Inschatting

Als de ernst van het risico op suïcidaliteit is ingeschat kan op basis van het volgende stappenplan getaxeerd worden in hoeverre de patiënt verantwoordelijk te stellen is voor eigen gedrag.

1. Depressieve stemming en wanen/hallucinaties?	Ja → depressieve psychose Nee → zie 2	- psychiatrisch consult - medicatie: antidepressiva - klinisch/ambulant? - crisisinterventie *
2. Wanen/hallucinaties of tevoren bizar gedrag, niet depressief?	Ja → Nee → zie 3	- psychiatrisch consult - medicatie: antipsychotica - klinisch/ambulant? - crisisinterventie *
3. (Tevoren) depressief met vitale kenmerken?	Ja → vitale depressie Nee → zie 4	- psychiatrisch consult - medicatie: - antidepressiva - crisisinterventie *
4. Vrij plotseling niet verklaarbare depressie zonder vitale kenmerken?	Ja → levens- of neurotische problemen Nee → zie 5	- psychiatrisch consult - psychotherapie - crisisinterventie *
5. Bekend met stemmingswisselingen?	Ja → persoonlijkheidsstoornis Nee → zie 6	- psychiatrisch consult - evt. medicatie - structuur en steun - evt. psychotherapie
6. Alleen situatief bepaald?	Ja → maatschappelijke problematiek Nee → zie 7	- verwijzen - steun - zelfhulpgroep

* zie 4.4 crisisinterventie

Bij 1 t/m 5 neemt de therapeut de verantwoordelijkheid gedeeltelijk over en laat desnoods de patiënt onvrijwillig opnemen via de BOPZ. Bij alle stappen is het noodzakelijk dat collegiaal overleg plaatsvindt, bij de eerste 5 altijd met een psychiater; bij stap 6 is dat wenselijk. Bij punt 6 legt de therapeut de autonomie grotendeels bij de patiënt zelf.

4.4 Crisisinterventie

Crisisinterventiemaatregelen

- Vraag toestemming te mogen helpen bij het verminderen van de crisis
- Leg empatisch contact (zie ook paragraaf 4.2 over praktische aanbeveling bij het voeren van een gesprek om suïciderisico te beoordelen)
- Probeer middelen te (laten) elimineren
- Probeer sociale contacten te herstellen of organiseer (tijdelijke, overbruggende) vervangende contacten
- Vermijd pseudo-opbeurende uitspraken als ‘morgen zie je alles anders’, ‘het leven kan zo mooi zijn’. Het blijkt dat suïcidanten dit ervaren als onbegrip/afwijzing.
- Houd een niet-zelfdodingsgesprek en zie patiënt altijd eerder terug dan hij/zij nodig vindt. De meeste auteurs adviseren frequente contacten in de eerste drie weken. Een gesprek de volgende dag blijkt te werken. Overweeg het opstellen van een non-suïcide contract.
- Is medicatie nodig?
  - Expliciteer het dilemma: medicatie om je er door te helpen versus suïcidemiddel
  - Geef een weinig gevaarlijk middel en in beperkte hoeveelheid
  - Maak afspraken over het beheer ervan
  - Overleg met huisarts en apotheek over het niet geven van herhalingsrecept
- Realiseer je dat je bij verwijzing verantwoordelijk/aansprakelijk blijft tot het moment dat het contact tussen patiënt en degene naar wie men verwijst tot stand is gekomen.

Daar waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van lokale crisisinterventieteams van de verslavingszorg of de psychiatrie.

5. Handelen bij suïcidaliteit en na een suïcidepoging of suïcide

Na een ernstige suïcidepoging en een suïcide moet er snel en adequaat gehandeld worden. Er zijn veel praktische zaken die geregeld moeten worden op zo'n moment. Uit de literatuur blijkt dat veel psychiaters in opleiding niet worden onderwezen in het praktisch handelen na een suïcide.38 39 Waarschijnlijk geldt dit ook voor andere disciplines. In deze richtlijn staan drie stappenplannen die doorlopen moeten worden om zo tot een structurele aanpak te komen na een suïcidepoging of suïcide. Voor elk stappenplan wordt aangegeven welk signaal (acute dreiging) er wordt waargenomen door welke werknemer (bijv. maatschappelijk werker) en welke actie ondernomen moet worden op welk moment. Achtereenvolgens komen de volgende gedetailleerde stappenplannen aan de orde: acute dreiging van suïcide (A), suïcidepoging zonder dreiging van ernstig lichamelijk letstel (B.1), suïcidepoging met dreiging van ernstig lichamelijk letstel (B.2) en suïcide (C). In de bijlagen worden voor de suïcidepogingen (B.1 en B.2) en suïcide (C) afvinklijsten gepresenteerd die kunnen dienen voor adequate dossiervoering. De exacte volgorde van het afwerken van deze handleiding is enigszins onderhevig aan persoonlijke smaak/ervaring. Ook na een dreiging van een suïcide of een milde suïcidepoging is het zaak op een gestructureerde manier te werk te gaan, zodat hiervoor ook een stappenplan wordt aangeboden. De stappenplannen kunnen zowel in de intramurale als ambulante zorg worden toegepast. In de ambulante setting kan de hulpverlener op een later moment betrokken raken bij de suïcide, het verdient de voorkeur om vanaf dat moment alsnog het stappenplan te gebruiken. Bij het informeren van medepatiënten van ambulante patiënten moet men rekening houden met netwerk van deze patiënt.

De Suïcide Intentie Schaal (SIS) is een betrouwbaar en valide instrument om de ernst van de intentie van de suïcidepoging te meten bij patiënten die een suïcidepoging hebben ondernomen. De SIS bevat 15 items om het verbale en non-verbale gedrag van de patiënt te kwantificeren voorafgaand aan en tijdens de meest recente suïcidepoging. Ieder item kan worden gescoord op een ordinale schaal van 0 tot 2 met een totale score variërend tussen 0 en 30. De eerste 8 items gaan over de objectieve omstandigheden rondom de suïcidepoging. Dit deel van de schaal kan ook achteraf worden ingevuld voor patiënten die een suïcide hebben ondernomen. Het tweede deel van de SIS geeft de percepties van de suïcidepleger over het doel van de poging, mate van voorbedachte rade en verwachtingen t.a.v. dodelijkheid en reversibiliteit. Het interview afgenomen door de hulpverleners zoals omschreven duurt ongeveer 10 minuten.40 Het is onduidelijk in hoeverre de SIS voldoet in situaties waarin de patiënt de intentie tot suïcide heeft geuit tijdens een fase van intoxicatie.
Bij incidenten zoals suïcidedreiging verdient het de voorkeur dat er nauwe samenwerking tussen behandelingsverantwoordelijke en lijnfunctionaris plaatsvindt.

A. Acute dreiging van suïcide

Signaal = medewerkers van verslavingszorginstelling of derden (medepatiënten, naasten, huisarts) signaleren direct suïcidegevaar en melden dit bij verslavingsarts, AMW, huisarts, politie, Spoedeisende Hulp van ziekenhuis etc.

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet mogelijk inlichten van dienstdoende arts	Direct
2	Verslavingszorginstelling zorgt voor directe opvang van patiënt en eventueel naasten*	Direct
3	Behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts overlegt met huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene En rapporteert schriftelijk aan huisarts en/of andere behandelaars	Binnen 24 uur Binnen 1 week
4	Verslavingszorginstelling zorgt zonodig voor aansluitende hulp	

* Raadplegen van familie/naasten vindt bij een wilsbekwame patiënt alleen met toestemming van de patiënt plaats. Bij een wilsonbekwame (niet aanspreekbare) patiënt wordt overlegd met familie/naasten. Het verdient aanbeveling om de overwegingen tot het informeren van familieleden/naasten zorgvuldig in het dossier te vermelden.

B.1 Suïcidepoging zonder dreiging van ernstig lichamelijk letsel

Signaal = medewerkers van verslavingszorginstelling of derden (medepatiënten, naasten, huisarts) signaleren een suïcidepoging zonder letsel en melden dit bij verslavingsarts, AMW, huisarts, politie, Spoedeisende Hulp van ziekenhuis etc.

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet mogelijk inlichten van dienstdoende arts	Direct
2	Verslavingszorginstelling zorgt voor directe opvang van patiënt en eventueel naasten*	Direct
3	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van Suïcide Intentieschaal (SIS; zie II)	Binnen 24 uur
4	Behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts overlegt met huisarts en/of andere behandelaars van de betrokkene En rapporteert schriftelijk aan huisarts en/of andere behandelaars	Binnen 24 uur Binnen 1 week
5	Verslavingszorginstelling zorgt zonodig voor aansluitende hulp	
6	Verslavingszorginstelling rapporteert schriftelijk aan huisarts over vervolg	Binnen 3 weken
7	Evaluatiegesprek met patiënt door behandelingsverantwoordelijke	

B.2 Suïcidepoging met dreiging van ernstig lichamelijk letsel

Signaal = suïcidepoging met serieus lichamelijk letsel gesignaleerd door medewerkers van verslavingszorginstelling of door derden (medepatiënten, naasten, huisarts) en gemeld (via, via) bij ambulancedienst of rechtstreeks bij Spoedeisende Hulp van ziekenhuis

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Reanimatie door medewerkers verslavingszorginstelling	Direct
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2	Direct
3	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet aanwezig dienstdoende arts	Direct
4	Noodzakelijke medische behandeling door Spoedeisende Hulp/ziekenhuis	Direct
5	Inlichten van Raad van Bestuur of dienstdoend lid van management	Binnen 24 uur
6	Inlichten van lijnfunctionaris door behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts	Direct
7	Inlichten van medewerkers door lijnfunctionaris	Direct
8	Inlichten van 1e geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris	Binnen 24 uur
9	Inlichten van familieleden/naasten door behandelingsverantwoordelijke	Direct
10	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in En rapporteert	Binnen 24 uur Binnen 1 week

11	Inlichten van medepatiënten: - aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige - mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige - van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige - extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige - inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen	Zo snel mogelijk in ieder geval binnen 24 uur
12	*Klinisch* Hoofden andere teams binnen sector inlichten	Binnen 24 uur
13	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van Suïcide Intentieschaal (SIS; zie bijlage II)	Binnen 24 uur
14	Schriftelijk inlichten van Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) door lijnfunctionaris	Binnen 1 week
15	Schriftelijk inlichten van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid door lijnfunctionaris via de 1e geneeskundige en Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de inspectie (zie bijlage V)	Binnen 1 week
16	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage VI)	Binnen 1 week
17	Evaluatiegesprek met patiënt door behandelingsverantwoordelijke	

C. Suïcide

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Reanimatie	Direct
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2	Direct
3	Oproepen behandelingsverantwoordelijke, indien niet aanwezig dienstdoende arts	Direct
4	Indien patiënt overleden is: dood laten vaststellen door arts en situatie ongewijzigd laten tot komst van politie	
5	Recherche bellen; dienstdoende arts maakt melding van niet-natuurlijke dood/suïcide	Direct
6	Inlichten van dienstdoende lid van management bereikbaarheidsdienst	Direct
7	Inlichten van lijnfunctionaris door behandelingsverantwoordelijke/dienstdoende arts	Direct
8	Inlichten van 1e geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris	Direct
9	Inlichten van werknemers op afdeling en inschakelen van extra verpleegkundig personeel	Direct
10	Inlichten van familieleden/naasten door behandelingsverantwoordelijke	Direct
11	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in En rapporteert	Binnen 24 uur Binnen 1 week

12	Inlichten van medepatiënten: - aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige - mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige - van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige - extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige - inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen	Zo snel mogelijk, in ieder geval binnen 24 uur
13	*Klinisch* Hoofden andere teams binnen sector inlichten	Binnen 24 uur
14	*Klinisch* Inlichten van verpleging andere afdelingen door lijnfunctionaris	Binnen 24 uur
15	Schriftelijk inlichten van Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) door lijnfunctionaris	Binnen 1 week
16	Telefonisch inlichten van Inspectie	Binnen 48 uur
	Schriftelijk inlichten van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid door lijnfunctionaris via de 1e geneeskundige en Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de Inspectie (zie bijlage V).	Binnen 2 weken
17	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van 1e gedeelte van Suïcide Intentieschaal (SIS; zie bijlage II)	Binnen 48 uur
18	Familie schakelt begrafenisonderneming in, begrafenisonderneming verstrekt de verklaring van overlijden aan de arts. Indien overledene geen familie of relatie had, kan de arts bellen naar de Gemeentelijke Dienst voor de Lijkverzorging (afdeling Sociale Dienst). De gemeentelijke dienst regelt de begrafenis en de financiële zaken	Binnen 48 uur
19	Eventueel bezoek van begrafenis/crematie door hulpverleners in overleg met familie of naast betrokkenen	
20	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage VI)	Binnen 1 week
21	Evaluatiegesprek familie of naaste betrokkenen (zie bijlage VII)	Binnen 2 weken

6. Handelen na suïcide: impact op hulpverleners

Suïcide van patiënten levert een significante bijdrage aan stress onder hulpverleners. Het blijkt dat suïcide van een patiënt een negatief effect heeft op de gezondheid en welbevinden van psychiaters, psychiaters in opleiding, klinisch psychologen en verpleegkundigen, waarbij sommige hulpverleners symptomen van depressie, angst en posttraumatisch stresssyndroom vertonen. Het is van belang om te beoordelen welke impact de suïcide heeft op het functioneren van het gehele team.[41]

In de literatuur wordt vooral aandacht besteed aan de impact van suïcide op psychiaters in opleiding. Deze arts-assistenten zijn meer kwetsbaar vanwege hun intensievere contact met patiënten, relatieve onervarenheid, inadequate steun en beperkt begrip van de normale reactie op suïcide.42 43 Veel psychiaters in opleiding krijgen te maken met een suïcide van een patiënt, variërend van 43 tot 69%.38 39 42 Deze ervaringen kunnen een negatief effect hebben op zowel het professioneel functioneren als op het privé-leven. Uit onderzoek bij psychiaters in opleiding in Schotland blijkt dat een goede training tijdens de opleiding een betere voorbereiding zou kunnen geven op dit soort gebeurtenissen. Bijna iedereen had onderwijs gekregen in risico-inschatting van suïcide, slechts een kwart kreeg enig onderricht in het post-incidentbeleid van suïcide.38 Psychiaters in opleiding in Vlaanderen hebben in 44% enig onderwijs gehad in het inschatten van het risico van suïcide en slechts 10% vermeldt onderricht te hebben gekregen over welke procedure te volgen na de suïcide van een patiënt. Bij 15% had de suïcide een aspect van hun persoonlijke leven in negatieve zin beïnvloed en bij 18% had dat een negatieve invloed op professioneel gebied gehad. In vergelijking met buitenlandse gegevens is de impact van de suïcide bij deze assistenten aan de lage kant.39 De opleiders spelen een belangrijke rol in het geven van advies en steun na een suïcide van een patiënt.38 39 Volgens Van Heeringen44 krijgt de opleider bij de suïcide van een patiënt de mogelijkheid om de assistent te leren om de suïcide te zien als een onderdeel van het leerproces. Dit leerproces zal de assistent de vaardigheden kunnen verschaffen die hem of haar in staat stellen tegelijkertijd op een adequate manier met eigen gevoelens om te gaan en ondersteuning te bieden aan de getroffen familie. Kolthof e.a.45 sluiten hierop aan door te zeggen dat supervisie na existentieel schokkende gebeurtenissen dient ter bevordering van emotionele groei en verdere professionalisering van de assistent. In de literatuur wordt alleen gesproken over psychiaters in opleiding, maar goede begeleiding na suïcide is ook van belang voor de leerling-verpleegkundige en andere onervaren hulpverleners. Volgens Kolthof e.a.45 is het belangrijk om een veilig werkklimaat voor psychiaters in opleiding te creëren om over gevoelens rondom suïcide met supervisors te kunnen praten.

In onderzoek bij ervaren psychiaters in Schotland46 wordt bij 40% veranderingen in het professioneel handelen beschreven. Voorbeelden hiervan zijn een meer gestructureerde aanpak van patiënten met suïciderisico en toegenomen gebruik van wetgeving van de geestelijke gezondheidszorg. Ongeveer 15% heeft overwogen vervroegd met pensioen te gaan naar aanleiding van suïcide van een patiënt.46 Behandelaars ervaren het eigen verdriet als wel het gebrek aan almacht bij suïcide en daarnaast de angst voor reacties van collega's en familie van de betrokkene. Het begrijpen van een zwaar verlies en de factoren die hier invloed op hebben kan behandelaren helpen en kan de negatieve consequenties van hun eigen verdriet verminderen.47

Het meemaken van een suïcide van een patiënt is een van de moeilijkste ervaringen voor psychiaters op professioneel gebied. Suïcide komt relatief vaak voor en mag zelfs een beroepsrisico genoemd worden.43 Er zijn veel verschillende reacties mogelijk, zoals posttraumatisch stresssyndroom, schaamte, schuldgevoelens, woede, isolatie, angst voor reacties uit omgeving en uiteindelijk berusting.48 49 Belangrijke methodes om te leren omgaan met suïcide van een patiënt zijn het verminderen van gevoel van isolatie, het gebruik maken van de ervaring om anderen voor te bereiden of te begeleiden in soortgelijke situaties.49

Berusting komt vooral van het besef dat suïcide nu eenmaal voorkomt en dat behandelaars slechts een beperkte invloed op hun patiënten hebben.50

Uit de literatuur blijkt dat de impact van dood door suïcide leidt tot schuldgevoelens en somberheid bij behandelaars.47 De impact van de suïcide op hulpverleners kan onder andere worden gemeten met de Schokverwerkingslijst (SVL), de Nederlandse versie van de Impact of Event Scale. Uit onderzoek blijkt dat deze Nederlandse vertaling een valide instrument is.51 Deze vragenlijst bestaat uit 15 vragen over vermijding en herbeleving van gedachten en gevoelens over

de gebeurtenis met een totaalscore tussen 0 en 75. De SVL heeft de mogelijkheid om onderscheid te maken tussen getraumatiseerde en niet-getraumatiseerde individuen. Een totaalscore van 20 of meer wordt beschouwd als klinisch significant.39 52

Behandelteams waarderen de aanwijzingen en steun van ervaren collega's over de impact van suïcide. De meeste steun wordt ervaren door de directe collega's, gevolgd door partners, familie en vrienden.41 46 Het steun zoeken bij collega's, supervisors of supportgroepen kan helpen om te leren omgaan met de suïcide van een patiënt.47 Speciale bijeenkomsten om de suïcide te bespreken worden als waardevol en nuttig beschouwd46, vooral als door ervaren hulpverleners openlijk wordt gesproken over de verstorende invloed van een suïcide op een team.41 Het is van belang aandacht te besteden aan het gegeven dat veel suïcides niet te voorspellen zijn.41 53
Het deelnemen aan vervolggebeurtenissen na een suïcide van een patiënt, zoals begrafenis, crematie of herdenkingsbijeenkomst, kunnen behulpzaam zijn voor hulpverleners om de gebeurtenissen te verwerken.48 50 Daarnaast kan het een goede manier zijn om de betrokkenheid van hulpverleners aan nabestaanden te laten blijken.
Training en opleiding in suïcidepreventie en nazorg na suïcide en het kunnen terugvallen op duidelijke richtlijnen blijken een algemene voorwaarde om hulpverleners minder kwetsbaar te maken voor suïcide van patiënten. Het biedt een houvast en zorgt ervoor dat verschillende aspecten gepland en gefaseerd kunnen verlopen.48
De inbreng van een clinicus niet verbonden aan de instelling kan met een psychologische autopsie educatieve en therapeutische voordelen opleveren voor het team. De eerste psychologische autopsie wordt beschreven door Schneidman. Vervolgens zijn er verschillende versies verschenen gebaseerd op persoonlijke ervaringen. Een pragmatische psychologische autopsie (zie bijlage VI: evaluatiegesprek hulpverleners) blijkt hanteerbaar en nuttig en bestaat uit een lijst van 16 te bespreken punten. Het bespreken van deze factoren geeft het team de kans om de suïcide in een context te plaatsen en het helpt het gevoel van schuld te verminderen. Het is belangrijk om dit niet te snel na de suïcide te doen (1 tot 6 maand(en) na de suïcide) en om een buitenstaander deze bespreking te laten voorzitten. Het vermijden van aanwijzen van een zondebok en het vergoelijken is van belang.53 Het is aan te bevelen om deze psychologische autopsie bij elk overlijden van een patiënt met een onduidelijke oorzaak uit te voeren.

Advies

- Tijdens de opleiding van psychiaters, verslavingsartsen, verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers moet aandacht worden geschonken aan de risico-inschatting van suïcide. Er moet ook informatie worden gegeven over de gang van zaken na een suïcide, o.a. over teambesprekingen, gesprekken met nabestaanden, verslaglegging in dossier, emotionele verwerking en gerechtelijk en/of vervolging na een suïcide.
- Bespreking van ervaringen van assistenten/leerlingen met supervisor en collega's moet een vaste plaats krijgen in de evaluatie na suïcide.
- De impact van suïcide op hulpverleners kan worden gemeten met de Schokverwerkingslijst.
- Ongeveer 1 tot 6 maanden na de suïcide moet tijd worden gepland voor een psychologische autopsie.

7. Literatuur

1. Kerkhof AJFM, Arensman E, Neeleman J, Wilde de EJ. Suïcide en Suïcidepreventie in Nederland; Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie: Ivonne van de Ven Stichting & Depressiestichting, 2003.

2. Goldberg JF, Singer TM, Garno JL. Suicidality and substance abuse in affective disorders. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 25):35-43.

3. Heeringen Van C, Kerkhof AJFM, editors. *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.

4. Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Minnai GP, Salis P, Scamonatti L, et al. Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 2):63-69.

5. Foster T. Dying for a drink. Global suicide prevention should focus more on alcohol use disorders. *BMJ* 2001;323:817-818.

6. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, et al. Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry* 2003;160:56-63.

7. Murphy G, Wetzel R. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(4):383-392.

8. Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC. Smoking and the Risk of Suicidal Behavior. A prospective study of a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:328-334.

9. Morton WA. Cocaine and psychiatric symptoms. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;1(4):109-113.

10. Garlow SJ. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. *Am J Psychiatry* 2002;159:615-619.

11. Garlow SJ, Purselle D, D'Orio B. Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug and Alcohol Dependence* 2003;70:101-104.

12. Cottler LB, Campbell W, Krishna VAS, Cunningham-Williams RM, Abdallah AB. Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:431-437.

13. Cornelius JR, Thase ME, Salloum IM, Cornelius MD, Black A, Mann JJ. Cocaine use associated with increased suicidal behavior in depressed alcoholics. *Addictive Behaviors* 1998;23(1):119-121.

14. Kausch O. Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1031-1038.

15. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003;160:1494-1500.

16. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 2):70-74.

17. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:822-835.

18. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies. A Systemic Review. *JAMA* 2005;294(16):2064-2074.

19. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin SH. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2002;159:1600-1602.

20. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:427-432.

21. Motto J, Bostrom A. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services* 2001;52:828-833.

22. Roy A. Characteristic of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 2001;158:1215-1219.

23. Roy A. Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry* 2002;63:403-407.

24. Roy A. Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Research* 2003;121:99-103.

25. Kerkhof AJFM. Afhankelijkheid en suïcidaliteit. In: Buisman W, Kasselman J, Majoor B, Schippers G, Silvis J, Walburg J, editors. *Handboek Verslaving.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995:B-6350, 1-15.

26. Forrest GG. *Countertransference in chemical dependency counseling.* New York: The Hawarth Press, 2002.

27. Protocol Suïcidepogers: Opvang en nazorg. 's-Hertogenbosch: RIAGG, 1995.

28. Mann JJ, Oquendo M, Underwood MD, Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 2):7-11.

29. Beck AT, Schuyler D, Herman IH. Development of Suicidal Intent Scales. In: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, editors. *The Prediction of Suicide*. Bowie, Maryland: Charles Press, 1974:45-56.

30. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry* 2004;4(11).

31. Grandin LD, Yan LJ, Gray SM, Jamison KR, Sachs GS. Suicide prevention: increasing education and awareness. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 25):12-16.

32. Richtlijn: verpleegkundige zorg bij de suïcidale patiënt. Utrecht: Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad / Centraal Beleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), 1998.

33. Cornelius JR, Clark DB, Salloum IM, Bukstein OG, Kelly TM. Interventions in suicidal alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28(5):89S-96S.

34. Wasserman D, Varnik A, Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(5):306-313.

35. Wasserman D, Varnik A, Eklund G. Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 1998;394(suppl.):26-33.

36. The assessment and managment of people at risk of suicide. *Best Practice Evidence-based Guideline.* Wellington: New Zealand Guidelines Group and Ministery of Health, 2003.

37. Zuketto C. Hoe kun je suïciderisico's inschatten? Gesprekvaardigheden en attitude van de hulpverlener. *PsychoPraxis* 2005;1:2-5.

38. Dewar IG, Eagles JM, Klein S, Gray NM, Alexander DA. Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin* 2000;24:20-23.

39. Heyn De E, Pieters G, Joos S, Gucht De V. Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suïcide van patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2004;46(9):579-587.

40. Brown GK. A review of suicide assessment measures for intervention research with adults nd older adults. Philadelphia: University of Pennsylvania, 2003:1-57.

41. Linke S, Wojciak J, Day S. The impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin* 2002;26:50-52.

42. Yousaf F, Hawthorne M, Sedgwick P. Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin* 2002;26:53-55.

43. Campbell C, Fahy T. De taak van hulpverleners na suïcide van een patiënt. *PsychoPraxis* 2002;4:147-151.

44. Heeringen Van C. Leren van een suïcide. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2004;46(9):619-620.

45. Kolthof HJ, Schutter N, Hoencamp E. Hoe kunnen psychiaters in opleiding omgaan met de emotionele aspecten van agressie en suïcide? *Tijdschrift voor psychiatrie* 2000;42(2):117-120.

46. Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 2000;320:1571-1574.

47. Valente SM. Aftermath of patient's suicide: a case study. *Perspect Psyhiatry Care* 2003;39(1):17-22.

48. Andriessen K, Fauw de N. Het overkomt ons niet: de suïcide van een cliënt. *PsychoPraxis* 2005;3:90-94.

49. Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry 1*999;156(10):1630-1634.

50. NN. Een psychologe en de zelfmoord van een cliënt. *PsychoPraxis* 2004;6:219-223.

51. Ploeg van der E, Mooren TTM, Velden van der PG, Kleber RJ, Brom D. Construct validation of the Dutch version of the Impact of Event Scale. *Psychological Assessment* 2004;16(1):16-26.

52. Devilly GJ. Assessment Devices: Impact of Event Scale (IES): Swinburne University, Clinical & Forensic Psychology, 2004:Web site: http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/assessment.html.

53. Hodelet N, Hughson M. What to do when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin* 2001;25:43-45.

54. Melding calamiteiten en bijzondere gebeurtenissen. 's-Hertogenbosch: Staatstoezicht op de Volksgezondheid: geneeskundige inspectie voor de geestelijke volksgezondheid voor Noord-Brabant en Limburg, 1992.

8. Bijlagen

I Doorvragen naar de aard van de suïcide-ideatie

II Suïcide Intentie Schaal (SIS)

III Afvinklijst Stappenplan Handelen bij suïcidepoging

IV Afvinklijst Stappenplan Handelen bij suïcide

V Verslaglegging na suïcide volgens richtlijn van Geneeskundige Inspectie voor Geestelijke Volksgezondheid

VI Evaluatiegesprek hulpverleners

VII Evaluatiegesprek familie/naasten

VIII Leden van de werkgroep

IX Deelnemerslijst Expertronde

X Vignetten

Bijlage I Doorvragen naar de aard van de suïcidale ideatie[1]

Hoe ernstig is het suïciderisico? In welke mate is de patiënt suïcidaal? Als er sprake is van suïcidaliteit dan kan dit allerlei vormen aannemen en het is een van de belangrijkste opgaven voor de hulpverlener een gedetailleerde momentopname van de suïcidale ideatie te maken, waarin alle aspecten naar voren komen.

Vragen die hier gesteld kunnen worden zijn:

- Hoe vaak denkt u aan suïcide? (af en toe, dagelijks, voortdurend)
- Hoe intens denkt u aan suïcide? (als vluchtige gedachten, als obsessie, als nachtmerrie)
- Hoe wanhopig voelt u zich nu? (bij vlagen, voortdurend, erger dan ooit)
- Komen er in uw gedachten ook beelden van suïcide naar boven? (heldere beelden van mogelijke methoden, springen of een vuurwapen hanteren, of alleen gedachten)
- Hoe indringend zijn gedachten en beelden van suïcide? (overweldigend, oncontroleerbaar of vluchtig, voorbijgaand en controleerbaar) Beangstigen deze gedachten of beelden u?
- Heeft u impulsen om toe te geven aan uw verlangen om suïcide te plegen? Bent u bang om de controle over uzelf te gaan verliezen? Heeft u zichzelf in de hand?
- Wat is aantrekkelijker voor u: de gedachte om door te leven of om te sterven? Zou u liever door willen leven, of leeft u alleen nog maar in afwachting van uw sterven?
- Als u aan uw eigen dood denkt, heeft u dan veel verdriet, of moet u dan veel huilen? (emotionele kleur kan onverschillig zijn of lijken, of juist zeer aangedaan)
- Heeft u al een plan gemaakt over hoe u een eind aan uw leven zou kunnen maken? Heeft u een voorkeur voor een methode, plaats, datum?
- Heeft u al voorbereidingen getroffen in die richting? (tijden genoteerd dat treinen een spoorwegovergang passeren, medicijnen gespaard, touw klaargelegd, afscheidsbrief geschreven, al een keer boven op de flat gestaan)
- Hoeveel haast heeft u met uw wens om suïcide te plegen? (is er nog enige tijd, of is er grote haast om vandaag nog suïcide te plegen)
- Welke dingen houden u tegen om suïcide te plegen? (familieleden, nog enige hoop op verbetering, eerst nog zaken afmaken)
- Wat zou u bereiken als u suïcide zou plegen? (eindelijk rust, overleden dierbare terugzien, geen pijn meer voelen, het voor anderen makkelijker maken, wraak nemen, anderen duidelijk maken hoe wanhopig u bent)
- Welke zijn de consequenties van uw suïcide voor anderen? (ernstig leed voor achterblijvenden, goed voor hen dat ik er niet meer ben, laat me koud)

Aan de antwoorden op bovenstaande en soortgelijke vragen kan de hulpverlener verschillende graden van ernst van de suïcide-ideatie afleiden. Grofweg kunnen vier niveaus worden onderscheiden.

1. **Lichte mate:** de patiënt heeft af en toe vluchtige gedachten aan suïcide, heeft niet nagedacht over een plan, denkt eigenlijk niet dat hij of zij suïcide zal plegen, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich mogelijke consequenties voor familie en vrienden, etc, maar speelt met het idee als mogelijkheid. Lijkt controle over suïcide impulsen te hebben. Patiënt wil veel liever leven dan sterven.

2. **Ambivalentie:** patiënt wil zowel suïcide plegen als doorgaan met leven. Suïcidaliteit staat in het teken van een breuk met anderen, het is gericht op teleurstellingen in de relationele sfeer en er zijn soms gedachten aan wraak. Suïcidaliteit is hier sterk impulsief gekleurd, en uitgebreide plannen of voorbereidingen zijn niet gemaakt. Patiënt wil sterk afwisselend dan weer dood, dan weer leven.

3. **Ernstige mate:** patiënt heeft voortdurend gedachten en beelden van suïcide in zijn hoofd, voelt zich wanhopig, kan nergens anders meer aan denken, voelt zich sterk aangetrokken tot suïcide, heeft al verschillende methoden overwogen, heeft al een uitgebreid plan gemaakt met verschillende voorbereidingen, denkt dat het voor anderen beter is als hij er niet meer is, maar kan de suïcide nog enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn soms overwogen of geschreven. Wil veel liever sterven dan doorgaan met leven. Is benauwd voor de eigen impulsiviteit.

4. **Zeer ernstige mate:** patiënt is wanhopig, kan alleen nog maar aan suïcide denken, heeft geen oog voor mogelijke consequenties voor achterblijvers, heeft een uitgebreid plan klaar en mogelijk reeds geoefend. Patiënt is slapeloos en emotioneel ontredderd. Heeft zichzelf niet meer onder controle. Blikvernauwing treedt op (tunnelvisie, het presuïcidale syndroom), patiënt is moeilijk aanspreekbaar, wil soms niet meer communiceren, is onrustig en radeloos, heeft geen energie meer om nog door te leven, wil ook helemaal niet verder leven, kan niet langer wachten met suïcide te plegen, elk moment kan in een impulsdoorbraak leiden tot suïcide.

Zoals duidelijk zal zijn, zijn deze vier niveaus niet sterk afgegrensd, ze lopen in elkaar over. De ernst van de suïcidaliteit kan sterk wisselen waardoor patiënten kunnen wisselen van minder ernstig naar ernstig suïcidaal en vice versa. Niet elke patiënt zal precies passen in de omschrijvingen van de verschillende niveaus.

Bijlage II Suicide Intent Scale (SIS)

Dit is een Nederlandse bewerking van een Engelstalige vragenlijst "Suïcide Intent Scale" (SIS) [29] om de ernst van een suïcidepoging in te schatten.

Gespreksinstructie:
Ik zou het met u willen hebben over de dingen die gebeurd zijn vlak voor u werd opgenomen of behandeld in het ziekenhuis. Denkt u alstublieft terug aan wat er is gebeurd en probeert u zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven wat geleid heeft tot uw opname / behandeling in het ziekenhuis. Wat heeft u precies gedaan?

Schrijf de essentie op. Beoordeelaars moeten zodanig vertrouwd zijn met de codering van de SIS dat zij op grond van het verhaal van de patiënt de vragen kunnen scoren.
Moedig de patiënt aan te vertellen wat er is gebeurd en gebruik de vragen hieronder als controle om er zeker van te zijn dat alle relevante onderwerpen aan bod zijn gekomen.
Bij het scoren van de antwoorden moet U zeker van uw zaak zijn. Wanneer dat niet het geval is, stel dan additionele vragen in uw eigen woorden of zoals ze hieronder geformuleerd zijn.

Bij vraag 1 tot 8 gaat het om uw oordeel gebaseerd op uw indruk van het verhaal van de patiënt.
Bij vraag 9 tot 15 gaat het om het antwoord van de patiënt. Noteer wat de patiënt zegt, ook als u zelf een andere indruk hebt.

Door beoordelaar te stellen vragen	**Door beoordelaar te scoren; omcirkel 0,1 of 2**
1. Had u direct contact met iemand toen u probeerde u zelf iets aan te doen? Bijvoorbeeld was er iemand in de kamer of had u iemand aan de telefoon?	**Isolatie** 0. iemand aanwezig 1. iemand in de buurt of in contact 2. niemand in de buurt of in contact
2. Op welk tijdstip heeft u het gedaan? Verwachtte u iemand? Zou er iemand binnen enkele uren binnen kunnen komen? Wist u dat u lang de tijd had voordat er iemand binnen zou komen? Of heeft u niet over die mogelijkheid nagedacht?	**Tijdstip** 0. zodanig dat tussenkomst van anderen waarschijnlijk is 1. zodanig dat tussenkomst van anderen onwaarschijnlijk is 2. zodanig dat tussenkomst van anderen zo goed als uitgesloten is
3. Heeft u iets gedaan om te voorkomen dat men u zou vinden? Bijvoorbeeld telefoon uitgeschakeld, briefje op de deur.	**Voorzorgsmaatregelen tegen ontdekking en/of interventie van anderen** 0. geen voorzorgsmaatregelen 1. passieve maatregelen zoals ontlopen van anderen, maar zonder iets te doen om hun tussenkomst te verhinderen (bijv. alleen in een kamer zonder de deur op slot te doen) 2. actieve maatregelen (bijv. afgesloten deur)
4. Heeft u nadat u zich had verwond/vergiftigd nog naar iemand opgebeld en verteld wat u gedaan had?	**Iets doen om hulp te krijgen na de poging** 0. bracht mogelijke hulpverlener(s) op de hoogte van de poging 1. zocht contact, maar bracht mogelijke hulpverlener(s) niet op de hoogte van de poging 2. zocht geen contact met hulpverlener

5. Heeft u nog dingen gedaan zoals rekeningen betaald, afscheid genomen of een testament gemaakt toen u besloten had u zelf te vergiftigen/verwonden?	**Laatste handelingen met het oog op de verwachte dood** 0. geen 1. had overwogen bepaalde zaken af te wikkelen of dat inderdaad gedaan (bijv. rekeningen betaald) 2. definitieve regelingen getroffen (testament gemaakt, bepaalde bezittingen weggegeven, zich verzekerd)
6. Had u veel voorbereidingen getroffen? Had u er lang aan gewerkt door bijvoorbeeld lange tijd pillen te sparen?	**Mate waarin poging gepland was** 0. geen aanwijzingen voor planning 1. nauwelijks of in beperkte mate planning van poging 2. uitvoering suïcideplan
7. Heeft u een of meerdere afscheidsbrieven geschreven? Zo ja: Aan wie? Zo nee: Heeft u er aan gedacht een afscheidsbrief te schrijven?	**Afscheidsbrief** 0. schreef geen afscheidsbrief en had daar ook niet over nagedacht 1. had er over nagedacht een afscheidsbrief te schrijven, maar heeft het niet gedaan 2. een of meer afscheidsbrieven aanwezig
8. Heeft u in het afgelopen jaar tegen mensen in uw omgeving en/of familie gezegd dat u uzelf iets zou gaan aandoen? Heeft u zich er wellicht in bedekte termen over uitgelaten?	**Uitlatingen over suïcideplannen in jaar voorafgaande aan de poging** 0. geen 1. dubbelzinnige of bedekte uitlatingen 2. ondubbelzinnige uitlatingen
9. Kunt u mij zeggen wat u hoopte te bereiken door uzelf te vergiftigen/ te verwonden?	**Doel van poging** 0. anderen mobiliseren, iets duidelijk maken 1. tijdelijke rust, niet meer hoeven denken, eindelijk eens slapen 2. dood
10. Hoe schatte u de kans in dat u zou sterven als gevolg van wat u deed?	**Verwachtingen t.a.v. dodelijkheid daad** 0. dacht dat het onwaarschijnlijk was dat hij/zij zou sterven of dacht er niet over na 1. dacht dat het mogelijk, maar niet waarschijnlijk was dat hij/zij zou sterven 2. dacht dat hij/zij waarschijnlijk zou sterven
11. Bij overdosis: Dacht u dat de hoeveelheid pillen die u nam meer of minder was dan de hoeveelheid waaraan u zou sterven? (Had u nog meer pillen?) Anders: Heeft u gedacht aan andere methoden die gevaarlijker of minder gevaarlijk zouden zijn dan wat u heeft gedaan?	**Begrip van dodelijkheid methode** 0. deed zichzelf minder aan dan hij/zij dacht dat dodelijk was of dacht er niet over na 1. dacht dat het mogelijk, maar niet waarschijnlijk was dat hij/zij zou sterven 2. daad overtreft of evenaart wat de patiënt dacht dat dodelijk zou zijn
12. Beschouwde u wat u deed als een poging om uw leven te beëindigen?	**Ernst van poging** 0. beschouwde daad niet als een serieuze poging om zijn/haar leven te beëindigen 1. was niet zeker of daad een serieuze poging was om zijn/haar leven te beëindigen 2. beschouwde daad als serieuze poging om zijn/haar leven te beëindigen

13. Welke gevoelens had u t.o.v. leven en dood? Had u sterker het gevoel te willen leven dan te willen sterven? Of kon het u niet schelen of u zou leven of sterven?	**Ambivalentie t.o.v. het leven** 0. wilde niet sterven 1. kon het niet schelen of hij/zij zou leven of sterven 2. wilde sterven
14. Hoe schatte u de kans dat u het zou overleven als u naderhand een medische behandeling zou krijgen?	**Begrip van reversibiliteit** 0. dacht dat het onwaarschijnlijk was dat hij/zij zou sterven wanneer hij/zij medisch behandeld zou worden 1. wist niet zeker of de dood afgewend kon worden door een medische behandeling 2. was er zeker van te zullen sterven ook als hij/zij medisch behandeld zou worden
15. Hoe lang voordat u zichzelf vergiftigde/ verwondde, had u besloten dat u het zou doen? Had u er lang over nagedacht of heeft u het in een opwelling gedaan?	**Mate van voorbedachte rade** 0. geen, impulsief 1. daad 3 uur of korter voor poging overwogen 2. daad meer dan 3 uur voor de poging overwogen

Een score van 13 of meer weerspiegelt een sterke suïcide-intentie bij de huidige poging en een verhoogd risico op recidief

Bijlage III Afvinklijst Stappenplan Handelen bij suïcidepoging

Suïcidepoging met dreiging van ernstig lichamelijk letsel

Stap	Actie	Naam	Paraaf	Datum
1	Reanimatie door hulpverleners verslavingszorginstelling			
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2			
3	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet aanwezig dienstdoende arts			
4	Noodzakelijke medische behandeling door Spoedeisende Hulp/ziekenhuis			
5	*Klinisch/Ambulant* Inlichten van Raad van Bestuur of dienstdoend lid van management			
6	Inlichten van lijnfunctionaris van betreffende afdeling door behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts			
7	Inlichten van medewerkers door lijnfunctionaris			
8	Inlichten van 1e geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris			
9	Inlichten van familieleden/naasten door behandelingsverantwoordelijke			
10	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in En rapporteert			
11	*Klinisch* Inlichten van medepatiënten:			
	Aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige			
	Extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen			
12	*Klinisch* Hoofden andere teams binnen sector inlichten			
13	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van Suïcide Intentieschaal (SIS; zie bijlage II)			
14	Schriftelijk inlichten van Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) door lijnfunctionaris			
15	Schriftelijk inlichten van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid door lijnfunctionaris via de 1e geneeskundige en Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de inspectie (zie bijlage V)			
16	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage VI)			
17	Evaluatiegesprek met patiënt door behandelingsverantwoordelijke			

Bijlage IV Afvinklijst Stappenplan Handelen bij Suïcide

Stap	Actie	Naam	Paraaf	Datum
1	Reanimatie			
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2			
3	Oproepen behandelingsverantwoordelijke, indien niet aanwezig dienstdoende arts			
4	Patiënt is overleden: dood laten vaststellen door arts en situatie ongewijzigd laten tot komst van politie			
5	Recherche bellen; dienstdoende arts maakt melding van niet-natuurlijke dood/suïcide			
6	Inlichten van dienstdoende lid van management bereikbaarheidsdienst			
7	Inlichten van lijnfunctionaris door behandelingsverantwoordelijke/dienstdoende arts			
8	Inlichten van 1e geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris			
9	Inlichten van werknemers op afdeling en inschakelen van extra verpleegkundig personeel			
10	Inlichten van familie/naasten door behandelingsverantwoordelijke			
11	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in En rapporteert			
12	*Klinisch* Inlichten van medepatiënten:			
	Aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige			
	Extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen			
13	*Klinisch* Hoofden andere teams binnen sector inlichten			
14	*Klinisch* Inlichten van verpleging andere afdelingen door lijnfunctionaris			
15	Schriftelijk inlichten van Meldingscommissie Incidenten			
	Patiëntenzorg (MIP) door lijnfunctionaris			
16	Telefonisch inlichten van Inspectie Schriftelijk inlichten van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid door lijnfunctionaris via de 1e geneeskundige en Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de Inspectie (zie bijlage V).			
17	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van 1e gedeelte van Suïcide Intentieschaal (SIS; zie bijlage II)			

18	Familie schakelt begrafenisonderneming in, begrafenisonderneming verstrekt de verklaring van overlijden aan de arts. Indien overledene geen familie of relatie had, kan de arts bellen naar de Gemeentelijke Dienst voor de Lijkverzorging (afdeling Sociale Dienst). De gemeentelijke dienst regelt de begrafenis en de financiële zaken.			
19	Eventueel bezoek van begrafenis/crematie door hulpverleners in overleg met familie of naast betrokkenen			
20	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage VI)			
21	Evaluatiegesprek familie of naast betrokkenen (zie bijlage VII)			

Bijlage V
Verslaglegging na suïcidepoging of suïcide volgens richtlijn van Geneeskundige Inspectie voor Geestelijke Volksgezondheid [54]

Aandachtspunten verslaglegging bij een suïcidepoging of suïcide [*]

1. **Persoonsgegevens**
   Waaronder naam, geslacht, geboortedatum, burgerlijke staat, nationaliteit, opleiding, bron van inkomen, woonsituatie.

2. **Biografische anamnese/voorgeschiedenis**
   Waaronder het eventueel voorkomen van suïcidepogingen en/of suïcides in de familie c.q. bij de partner; aantal eerdere suïcidepogingen; aantal eerdere opnamen in psychiatrische ziekenhuizen; datum laatste opname.

3. **Diagnose**
   De psychopathologische diagnose bij de laatste behandeling c.q. opname (DSM-IV).

4. **Behandeling**
   Waaronder soort afdeling, aard van de behandeling, verblijfsduur, mate van bewegingsvrijheid, juridische status.

5. **Situatie rond (ernstige poging tot) suïcide**
   Waaronder eventuele directe aanleiding of rekening is gehouden met mogelijke suïcide, datum laatste onderzoek door of contact met psychiater en andere behandelaars, beveiligingsafspraken, personele bezetting van de afdeling van de suïcidant.

6. **Suïcidale handeling**
   Waaronder datum en tijdstip, tijdstip ontdekking, door wie ontdekt, tijdsverloop tussen suïcide en ontdekking, toegepaste methode, plaats van suïcide, afscheidsbrief.

7. **Optreden behandelteam/behandelaars na suïcide**
   Waaronder suïcide kenbaar gemaakt aan medepatiënten, doorgesproken met personeel van de betreffende afdeling, tijdelijke voorzorgsmaatregelen ter preventie van meer suïcides, nazorg aan de familie en op welke wijze, bespreking suïcidegeval in suïcide of MIP, suïcide gemeld aan huisarts.

[*] Deze aandachtspunten ten behoeve van uw verslaglegging zijn geenszins limitatief bedoeld, maar betreffen een minimaal aantal aspecten op welke in de verslaglegging in ieder geval ingegaan dient te worden.

Bijlage VI Evaluatiegesprek hulpverleners

Doelstellingen

- Evaluatie van suïcidepoging* of suïcide
- Aandacht voor emoties van teamleden
- Bespreking van praktische zaken rondom suïcide

Deelnemers
Het gehele multidisciplinaire team onder leiding van gespreksleider/voorzitter.

Inhoud

1. Toestand van patiënt in algemene zin:
   - Bij aanvang behandeling
   - Voorgeschiedenis
   - Verloop van de behandeling

2. Evaluatie van de gebeurtenis
   Naast vaststelling van de feitelijkheden worden hierin de vragen meegenomen: Hoe heeft het kunnen gebeuren? Had dit voorkomen kunnen worden? Hierbij dient de veiligheid van de bespreking bewaakt te worden, in die zin dat teamleden zich niet in het beklaagdenbankje gezet voelen.

   Bespreek:
   - Evaluatie diagnostiek: psychiatrische en medische voorgeschiedenis (vorige suïcidepogingen, diagnose, behandeling), psychiatrische voorgeschiedenis van familie (ziekte, suïcide), persoonlijkheid en leefstijl, patronen van reacties op stressoren
   - Toestand van patiënt gedurende de laatste weken en dagen: recente stressoren of belangrijke life events, interpersoonlijke relaties (bronnen van steun), suïcidale gedachten (wanneer en hoe vaak geuit), verslechtering of verbetering voorafgaande aan dood (stemming, vegetatieve tekenen), krachten (redenen om te leven, toekomstplannen), inschatting van suïcidale intentie, aanvullende informatie
   - Behandelaspecten als medicatie, PB-gesprekken en eventuele psychotherapie
   - Laatste contacten met patiënt, eventuele suïcideneigingen
   - Middelen, uur en plaats van de suïcide(poging): suïcide (tijd, plaats, methode, wie heeft het ontdekt), rol van alcohol en drugs (gebruik in voorgeschiedenis en gebruik in relatie met suïcide), dodelijkheid van methode
   - Eventuele pogingen tot reanimatie
   - Reacties van nabestaanden/familie/relatie: effect op omgeving
   - Reacties van groepsgenoten
   - Functioneren van draaiboek, mogelijk aanpassing van richtlijn

3. Conclusies
   - Ten aanzien van de patiëntengroep (denk aan suïcidepreventie)
   - Ten aanzien van nazorg van de nabestaande/familie/relatie
   - Ten aanzien van Afdelingsbeleid (behandeling, begeleiding, werkwijze, procedures etc.)

4. Emotionele verwerking
   - Wat beteken(t)(de) deze patiënt voor het team en voor individuele teamleden?
   - Hoe verwerken de direct betrokken medewerkers de gebeurtenissen? Met daarbij extra aandacht voor de medewerker die de patiënt gevonden heeft.
   - Hoe wordt hun verdere opvang georganiseerd?
   - Wie bewaakt dit?

5. Verslaglegging op basis van bovenstaande punten

---

* Afhankelijk van de ernst van de suïcidepoging kan een evaluatiegesprek worden gepland, waarin ook het verdere beleid voor deze patiënt moet worden besproken.

Bijlage VII Evaluatiegesprek familie/naasten

Aandachtspunten bij evaluatiegesprek met familie/naasten

Na een suïcidepoging of suïcide vindt er een gesprek plaats met familieleden of naasten. Dit gesprek wordt actief aangeboden door de behandelingsverantwoordelijke. Bij het gesprek dienen de behandelingsverantwoordelijke en verpleegkundige aanwezig te zijn. Het is raadzaam om een niet bij de afdeling betrokken persoon (bv lijnfunctionaris) bij het gesprek aanwezig te laten zijn. De doelstellingen van het gesprek zijn:

1. het geven van informatie omtrent de suïcidepoging of suïcide
2. familieleden/naasten hun verhaal laten doen
3. steun bieden aan familieleden/naasten en eventuele hulpvraag verhelderen
4. meer inzicht verkrijgen in de problematiek van de patiënt
5. informatie uit het gesprek is bruikbaar in het kader van de evaluatie
6. aanbieden/aankondigen vervolggesprek

Het verdient aanbeveling om na drie maanden bij de betrokkenen navraag te doen naar de stand van zaken betreffende het verwerkingsproces.

Bijlage VIII Leden van de werkgroep op studiedag 02-06-2005

Deelnemers	Instelling
Dhr. Barten	GGZ NML
Mw. Benneker	TACTUS
Mw. Van den Broek	Novadic-Kentron
Mw. Coppens	De Grift
Dhr. Van Gestel	Novadic-Kentron
Dhr. H. De Haan	TACTUS
Dhr. W.J. De Haan	TACTUS
Mw. Hulic	Novadic-Kentron
Dhr. De Jong	Novadic-Kentron, NISPA
Mw. De Jong	Novadic-Kentron
Dhr. Van Oosteren	De Grift
Dhr. Reintjes	GGZ NML
Dhr. Smedes	Ned Ver voor Psychiatrisch Verpleegkundigen
Mw. R Tillema	Novadic-Kentron
Dhr. Van Waveren	Brijder
Dhr. Wijdeveld	GGZ NML

Bijlage IX Deelnemerslijst expertronde

Naast de deelnemers aan de werkconferentie werd de concept richtlijn voorgelegd aan experts, waarvan de onderstaande hebben gereageerd:

- GGZ Nederland, juridische zaken, Mw. Mr. T. Stikker

- Vrije Universiteit Amsterdam, Dhr. Prof. Dr. A.J.F.M. Kerkhof

- Inspectie voor de Gezondheidszorg, Dhr. Drs. A.F.W. Kok

Bijlage X Vignetten

De vignetten zijn ontleend aan de klinische praktijk, dat wil zeggen deze casus hebben zich recent voorgedaan. Ze kunnen dienen om in opleidingssituaties of in behandelingsteams te bespreken hoe men omgaat met dergelijke situaties. Het zijn geen geschiedenissen die volgens het boekje verlopen, ze weerspiegelen de weerbarstige praktijk en de dilemma's die zich daarin voordoen.

Een 48- jarige cliënte is al jaren bekend met polydruggebruik, ze krijgt een opiaatvervangende behandeling met methadon. Zij komt dagelijks op de post om haar methadon af te halen. Sinds kort is deze post van locatie veranderd en zijn er gebruikersruimtes aan toegevoegd. Cliënte heeft in het verleden diverse suïcidepogingen ondernomen variërend van een overdosis met pillen tot modder spuiten in een ader. Haar pogingen worden over het algemeen gezien als een roep om aandacht en passend bij haar persoonlijkheid, die met name trekken vertoont die passen bij een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het bijgebruik van heroïne en cocaïne lijkt de laatste maanden toe te nemen. Cliënte meldt zich op een dag met een afscheidsbrief bij de verslavingsarts. Zij wil geen opname, omdat zij thuis de zorg heeft over haar hondje. De arts bespreekt haar wens een einde te maken aan haar leven en het contrast met haar zorgen over haar hondje als ze zou worden opgenomen. De afscheidsbrief lijkt toch een manier om in gesprek te komen over haar uitzichtloze leven. De arts maakt op korte termijn een afspraak bij de psychiater. De avond voor de afspraak met de psychiater is cliënte, na gebruik van cocaïne, van haar flat op de 7de verdieping gesprongen.

Een 30 -jarige vrouw wordt tijdens het weekend in de gebruikersruimte schreeuwend en om zich heen slaand aangetroffen. Zij is niet aanspreekbaar en lijkt hoogstwaarschijnlijk zich intraveneus een hoge dosering cocaïne te hebben toegediend. Met drie man wordt zij in bedwang gehouden. Zij heeft zich ook verwond aan een gebroken spiegel. Medecliënten geven aan dat zij al dagen 'doorhaalt': gebruiken, tippelen en weer gebruiken. De ambulance wordt gebeld door de verpleegkundige. Ze wordt naar het ziekenhuis gebracht. De verpleegkundige stelt de dienstdoende verslavingsarts niet op de hoogte, waardoor er geen overleg is geweest.
In de nabespreking enkele weken later blijkt de verpleegkundige met zeer ambivalente gevoelens te kampen ten opzicht van de patiënte. Eerder heeft ze met haar gesproken en gaf de patiënte aan dat ze zo'n goede band had met de verpleegkundige. Zelf had de verpleegkundige ook dat gevoel. Het zelfbeschadigende gedrag heeft de verpleegkundige als zeer krenkend ervaren vanwege de veronderstelde goede relatie. Uit boosheid heeft ze de 'zaak' snel afgewerkt en de collega's, waaronder de arts niet ingelicht.

Een 37- jarige man is vrijgekomen uit detentie alwaar hij naar eigen zeggen slecht is behandeld. Hij werd gestraft vanwege dealen en mishandeling van zijn ex-vrouw. Hij meldt zich bij de verslavingszorg voor methadon en hij wordt opnieuw ingesteld. Uit het urineonderzoek blijkt hij heroïne en cocaïne bij te gebruiken. Sinds zijn vrijlating is hij nauwelijks hanteerbaar. Hij dreigt vrijwel dagelijks zichzelf iets aan te doen met een mes. Op een dag heeft hij de daad bij het woord gevoegd en zich gesneden in de polsen, voor het pand van de dagopvang. Hij is meegenomen door de politie. De dagen erna uit hij zich opnieuw suïcidaal waarop de arts besluit de crisisdienst van de eigen instelling in te schakelen en vindt er overleg plaats door de arts met de crisisdienst van de GGZ. Deze geeft aan dat het beeld van cliënt hetzelfde is als een aantal dagen ervoor bij de beoordeling in de politiecel. Er is toen niet besloten tot een gedwongen opname. Een nieuwe beoordeling in het kader van de BOPZ wordt niet nodig geacht omdat er geen sprake is van een psychiatrisch toestandsbeeld, maar uitsluitend van antisociaal, dwingend gedrag. Uiteindelijk
krijgt cliënt tijdelijk onderdak bij een opvanghuis, ook daar wordt hij voortijdig weggestuurd. Twee dagen later wordt hij gevonden, met een naald in de arm. Geconstateerd wordt dat er sprake is van een overdosering, van verder onderzoek wordt daarom afgezien.

Colofon

Titel van publicatie
Suïcide in de verslavingszorg; richtlijn voor preventie, handelen na suïcide en nazorg voor hulpverleners

De publicatie is uitgebracht vanwege GGZ Nederland

Onder redactie van
Drs. M. de Jong, arts, Novadic-Kentron
Prof. Dr. C.A.J. de Jong, NISPA en Novadic-Kentron

De uitgave is tot stand gekomen in samenwerking met de Regiegroep richtlijnontwikkeling in de verslavingszorg waarin participeren het Platform 1e geneeskundige in de verslavingszorg, Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, sectie verslaving, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde, Vereniging Verslavingsgeneeskunde Nederland.

Publicatienummer 2006 304

ISBN